



"2015, AÑO DEL GENERALÍSIMO JOSÉ MARÍA MORELOS Y PAVÓN"

México, D.F., a 29 de junio de 2015.

Oficio N° 0952170500/ 0083

08 JUL 2015

SE REMITIO A LAS COMISIONES DE HACIENDA Y
CREDITO PÚBLICO Y DE SEGURIDAD SOCIAL DE LA CÁMARA DE SENADORES Y DE LA CÁMARA DE DIPUTADOS

Senador

Luis Miguel Gerónimo Miguel Barbosa Huerta

Presidente de la Mesa Directiva de la Comisión Permanente del
H. Congreso de la Unión
Presente

Estimado Senador Barbosa:

Por Acuerdo ACDO.AS3.HCT.240615/127.P.DF, de fecha 24 de junio de 2015, del H. Consejo Técnico del Instituto Mexicano del Seguro Social y en cumplimiento a lo dispuesto por los artículos 268, fracción XI y 273 de la Ley del Seguro Social, así como 66, fracción XVI del Reglamento Interior del Instituto Mexicano del Seguro Social, anexo me permito presentarle el **"Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión sobre la Situación Financiera y los Riesgos del Instituto Mexicano del Seguro Social 2014-2015"**.

Al respecto, le solicito de la manera más atenta ser el amable conducto para informar al H. Congreso de la Unión, la recepción en tiempo y forma del referido documento.

Agradezco de antemano la atención brindada al presente y aprovecho la ocasión para enviarle un cordial saludo.

Atentamente,

José Antonio González Anaya
Director General

c. c. p.

- Lic. Felipe Solís Acero.- Subsecretario de Enlace Legislativo y Acuerdos Políticos de la Secretaría de Gobernación.- Presente.
- Dip. Julio César Moreno Rivera.- Presidente de la Mesa Directiva de la Cámara de Diputados.- Presente.
- Ing. Carlos Alberto Treviño Medina.- Director de Finanzas del IMSS.- Presente.
- Lic. René Curiel Obscura.- Director de Vinculación Institucional y Evaluación de Delegaciones del IMSS.- Presente.

200



"2015, AÑO DEL GENERALÍSIMO JOSÉ MARÍA MORELOS Y PAVÓN"

México, D.F., a 29 de junio de 2015.

Oficio N° 0952170500/ 0081

Diputado

Julio César Moreno Rivera

Presidente de la Mesa Directiva de la Cámara de Diputados
del H. Congreso de la Unión
Presente

Estimado Diputado Moreno:

Por Acuerdo ACDO.AS3.HCT.240615/127.P.DF, de fecha 24 de junio de 2015, del H. Consejo Técnico del Instituto Mexicano del Seguro Social y en cumplimiento a lo dispuesto por los artículos 268, fracción XI y 273 de la Ley del Seguro Social, así como 66, fracción XVI del Reglamento Interior del Instituto Mexicano del Seguro Social, anexo me permito presentarle el **"Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión sobre la Situación Financiera y los Riesgos del Instituto Mexicano del Seguro Social 2014-2015"**.

Al respecto, le solicito de la manera más atenta ser el amable conducto para informar a la H. Cámara de Diputados, la recepción en tiempo y forma del referido documento.

Agradezco de antemano la atención brindada al presente y aprovecho la ocasión para enviarle un cordial saludo.

Atentamente,

José Antonio González Anaya
Director General

c. c. p.

- Lic. Felipe Solís Acero.- Subsecretario de Enlace Legislativo y Acuerdos Políticos de la Secretaría de Gobernación.- Presente.
- Ing. Carlos Alberto Treviño Medina.-Director de Finanzas del IMSS.-Presente.
- Lic. René Curiel Obscura.-Director de Vinculación Institucional y Evaluación de Delegaciones del IMSS.-Presente.



Recibi original y anexo





"2015, AÑO DEL GENERALÍSIMO JOSÉ MARÍA MORELOS Y PAVÓN"

México, D.F., a 29 de junio de 2015.

Oficio N° 0952170500/ 0082

Senador

Luis Miguel Gerónimo Barbosa Huerta

Presidente de la Mesa Directiva de la Cámara de Senadores
del H. Congreso de la Unión
Presente

Estimado Senador Barbosa:

Por Acuerdo ACDO.AS3.HCT.240615/127.P.DF, de fecha 24 de junio de 2015, del H. Consejo Técnico del Instituto Mexicano del Seguro Social y en cumplimiento a lo dispuesto por los artículos 268, fracción XI y 273 de la Ley del Seguro Social, así como 66, fracción XVI del Reglamento Interior del Instituto Mexicano del Seguro Social, anexo me permito presentarle el **"Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión sobre la Situación Financiera y los Riesgos del Instituto Mexicano del Seguro Social 2014-2015"**.

Al respecto, le solicito de la manera más atenta ser el amable conducto para informar a la H. Cámara de Senadores, la recepción en tiempo y forma del referido documento.

Agradezco de antemano la atención brindada al presente y aprovecho la ocasión para enviarle un cordial saludo.

Atentamente,

José Antonio González Anaya
Director General

c. c. p.

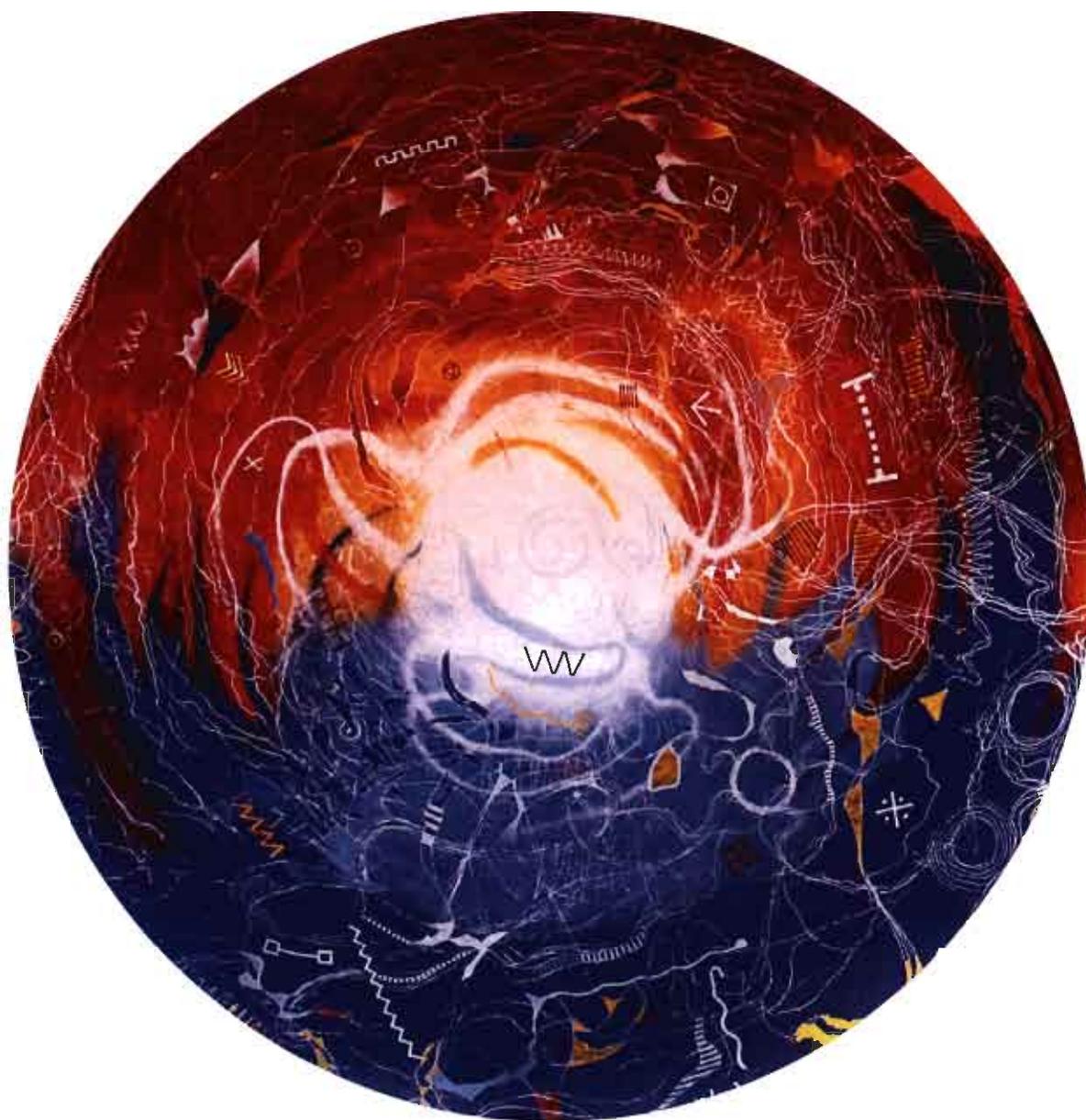
- Lic. Felipe Solís Acero.- Subsecretario de Enlace Legislativo y Acuerdos Políticos de la Secretaría de Gobernación.- Presente.
- Ing. Carlos Alberto Treviño Medina.- Director de Finanzas del IMSS.- Presente.
- Lic. René Curiel Obscura.- Director de Vinculación Institucional y Evaluación de Delegaciones del IMSS.- Presente.

1987

MÉXICO
GOBIERNO DE LA REPÚBLICA



INFORME AL EJECUTIVO FEDERAL
Y AL CONGRESO DE LA UNIÓN
SOBRE LA SITUACIÓN FINANCIERA Y LOS RIESGOS
DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
2014-2015



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

2014-2015

**INFORME AL EJECUTIVO FEDERAL
Y AL CONGRESO DE LA UNIÓN SOBRE
LA SITUACIÓN FINANCIERA Y LOS RIESGOS
DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
2014-2015**

Primera edición, 2015.

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

Impreso y hecho en México.

Portada

Obra: "Cúpula Transformación".

Autor: Pedro Trueba.

Auditorio "Benito Coquet".

Sede de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social (CISS/IMSS), San Jerónimo Lfdice,
México, Distrito Federal.

Patrimonio Artístico del IMSS.

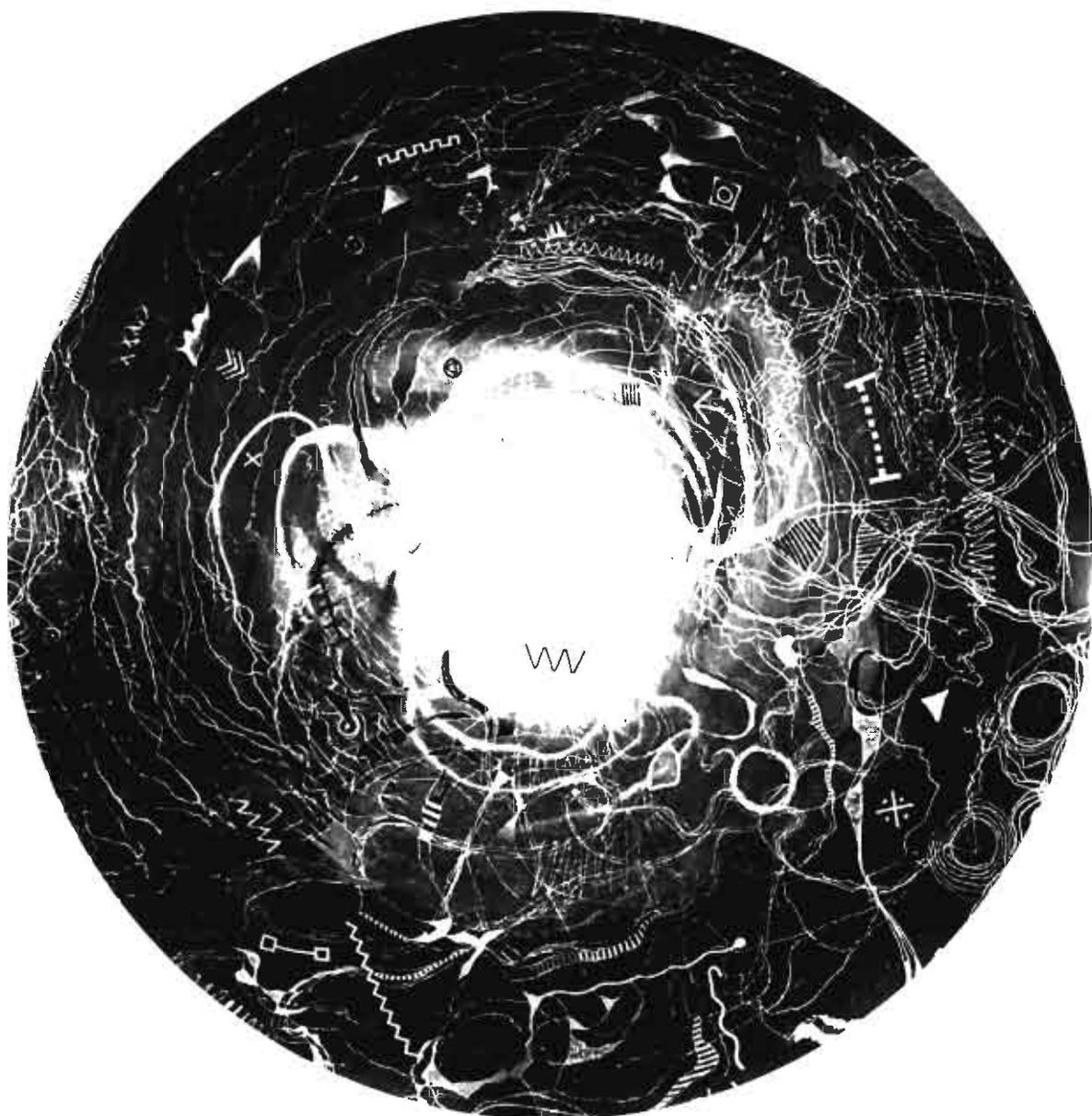
Obra realizada en un espacio semiesférico de más de 500 metros cuadrados a 15 metros de altura, que simboliza la energía transformadora que se vive en todo el universo y particularmente en América.

El Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión sobre la Situación Financiera y los Riesgos del Instituto Mexicano del Seguro Social 2014-2015 puede recuperarse parcial o totalmente en la siguiente dirección de Internet: <http://www.imss.gob.mx>

MÉXICO
GOBIERNO DE LA REPÚBLICA



INFORME AL EJECUTIVO FEDERAL
Y AL CONGRESO DE LA UNIÓN
SOBRE LA SITUACIÓN FINANCIERA Y LOS RIESGOS
DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
2014-2015





Índice



Siglas y Acrónimos	I
Presentación	III
Introducción	1
Capítulo I. Entorno y Situación Financiera General	7
I.1. Contexto económico	8
I.2. Transición demográfica	9
I.3. Transición epidemiológica	11
I.4. Situación financiera general	12
I.4.1. Estado de actividades	13
I.4.2. Estado de situación financiera	15
I.4.3. Proyecciones financieras de corto plazo	17
I.4.4. Proyecciones financieras de largo plazo	24
Capítulo II. Ingresos y Aseguramiento en el IMSS	31
II.1. Ingresos del IMSS	32
II.1.1. Formalización del empleo	37
II.1.2. Simplificación y digitalización de trámites	39
II.1.3. Nuevo modelo integral de fiscalización	42
II.1.4. Estímulo al ingreso	46
II.2. Aseguramiento en el IMSS	46
II.2.1. Asegurados trabajadores	48
II.2.2. Asegurados no trabajadores	58
II.2.3. Pensionados	60
II.2.4. Beneficiarios de asegurados y pensionados	60
II.2.5. Registro de la CURP en la población adscrita	63

Capítulo III. Seguro de Riesgos de Trabajo	67
III.1. Introducción	68
III.1.1. Subsidio por incapacidad temporal para el trabajo	72
III.1.2. Pensiones	75
III.1.3. Indemnizaciones globales	79
III.2. Estado de actividades	80
III.3. Resultados de la valuación actuarial	80
III.3.1. Proyecciones demográficas y financieras	80
III.3.2. Balance actuarial	87
III.3.3. Escenarios de sensibilidad	89
III.4. Opciones de política	91
Capítulo IV. Seguro de Invalidez y Vida	93
IV.1. Introducción	94
IV.1.1. Subsidio por incapacidad temporal para el trabajo	98
IV.1.2. Pensiones	101
IV.2. Estado de actividades	105
IV.3. Resultados de la valuación actuarial	105
IV.3.1. Proyecciones demográficas y financieras	105
IV.3.2. Balance actuarial	112
IV.3.3. Escenarios de sensibilidad	112
IV.4. Opciones de política	116
Capítulo V. Seguro de Enfermedades y Maternidad	119
V.1. Estado de actividades	121
V.2. Producción, productividad y acceso en los servicios médicos	123
V.3. Proyecciones financieras de largo plazo	125
V.3.1. Seguro de Enfermedades y Maternidad	125
V.3.2. Seguro de Enfermedades y Maternidad-Asegurados	127
V.3.3. Gastos Médicos de Pensionados	129
V.3.4. Resumen	131
V.4. Necesidades de salud de la población derechohabiente	131
V.5. Gestión de la atención médica	134
V.5.1. Prevención	134
V.5.2. Mejorar la gestión y eficiencia de los procesos médicos	137
V.5.3. Reorganizar la atención médica para eliminar los principales cuellos de botella	138
V.5.4. Prevención del riesgo materno y mejora de la atención obstétrica	139

V.6. Hacer frente a las enfermedades crónicas no transmisibles	142
V.6.1. Análisis del gasto en enfermedades crónico-degenerativas de alto impacto financiero para el IMSS	142
V.6.2. Prevención, control y atención de las enfermedades crónico-degenerativas	143
V.7. Educación e investigación como estrategias de mejora de la calidad de los servicios médicos	151
V.7.1. Capacitación	151
V.7.2. Formación de recursos humanos	152
V.7.3. Investigación	153
V.8. Reforma del Sistema Nacional de Salud	154
V.8.1. Intercambio de servicios	154
Capítulo VI. Seguro de Guarderías y Prestaciones Sociales	157
VI.1. Estado de actividades	158
VI.2. Proyecciones financieras de largo plazo	159
VI.3. Análisis financiero complementario del ramo de Guarderías	160
VI.4. Situación financiera actual del ramo de Guarderías	165
VI.5. Centros Vacacionales	167
VI.6. Situación financiera de los Centros Vacacionales	168
VI.7. Perspectiva financiera de los Centros Vacacionales, 2015-2020	169
Capítulo VII. Seguro de Salud para la Familia	173
VII.1. Estado de actividades	174
VII.2. Población asegurada	175
VII.3. Cuotas de financiamiento	176
Capítulo VIII. Programa IMSS-PROSPERA	179
VIII.1. Antecedentes históricos	180
VIII.2. Cobertura	181
VIII.3. Financiamiento y capital humano del Programa	183
VIII.4. Portabilidad de los servicios y vinculación interinstitucional	186
VIII.5. Servicios integrales de salud	189
VIII.5.1. Atención a la niñez	190
VIII.5.2. Reducción de la muerte materna y atención a la mujer	193
VIII.5.3. Salud de los adolescentes	196
VIII.5.4. Vigilancia epidemiológica, prevención y control de enfermedades	196
VIII.5.5. Atención a padecimientos crónico-degenerativos	198
VIII.5.6. Prevención y atención del cáncer de la mujer	200
VIII.5.7. Encuentros Médico-Quirúrgicos	201

Capítulo IX. Reservas y Fondo Laboral del Instituto	203
IX.1. Antecedentes	204
IX.1.1. La estructura de las reservas y Fondo Laboral del IMSS	204
IX.1.2. Régimen de inversión	205
IX.2. Inversión de las reservas y Fondo Laboral	207
IX.2.1. Evolución de las reservas y Fondo Laboral 2014	207
IX.2.2. Asignación estratégica de activos	210
IX.2.3. Afore XXI Banorte	212
IX.2.4. Rendimientos financieros obtenidos en 2014	214
IX.2.5. Riesgos financieros de las inversiones institucionales	214
Capítulo X. Pasivo Laboral y Otros Riesgos del Instituto	217
X.1. Pasivo laboral del Instituto en su carácter de patrón	218
X.1.1. Pasivo laboral por la prima de antigüedad e indemnizaciones	219
X.1.2. Pasivo laboral por el Régimen de Jubilaciones y Pensiones	222
X.1.3. El Régimen de Jubilaciones y Pensiones del Programa IMSS-PROSPERA	230
X.2. Situación financiera del Fondo Laboral para las contrataciones bajo el Convenio de 2005	231
X.3. Contingencias de carácter litigioso	236
X.3.1. Contingencias en juicios laborales	237
X.3.2. Contingencias en juicios administrativos y fiscales	239
X.3.3. Contingencias en juicios civiles y mercantiles	241
X.3.4. Objetivos para 2015	242
Capítulo XI. Gestión de los Recursos Institucionales	243
XI.1. Acciones para incrementar la eficiencia del gasto y mejorar los servicios	244
XI.1.1. Mejoras en los esquemas de compra, abasto y suministro de medicamentos y servicios médicos	244
XI.1.2. Racionalización del gasto en otorgamiento de servicios médicos	249
XI.1.3. Optimización del gasto administrativo y de operación	251
XI.1.4. Acciones para optimizar la utilización de inmuebles	252
XI.1.5. Inversión física	253
XI.2. Estado que guardan las instalaciones y equipos del Instituto	257
XI.2.1. Infraestructura inmobiliaria institucional	257
XI.2.2. Equipo institucional	264
XI.3. IMSS Digital	266
XI.3.1. Arquitectura IMSS Digital	267
XI.3.2. Informe 2014-2015	268
XI.3.2.1. Servicios digitales	268
XI.3.2.2. Servicios Tecnológicos	273

Capítulo XII. Reflexiones Finales y Propuestas	275
Índice de Cuadros	303
Índice de Gráficas	309
Dictamen de los Auditores Independientes	315





Siglas y Acrónimos

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



Presentación



El Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión sobre la Situación Financiera y los Riesgos del Instituto Mexicano del Seguro Social se presenta en cumplimiento a lo establecido en el Artículo 273 de la Ley del Seguro Social. En ese sentido y de conformidad con la política de apertura y transparencia que nos rige, a lo largo de este documento se detallan, de manera clara, los retos que hoy enfrenta el IMSS, así como las acciones que se han implementado durante la presente Administración.

Como se ha venido documentando en Informes anteriores, la situación financiera del Instituto se ha visto afectada por factores de diversa índole que han requerido una firme respuesta institucional.

Las transiciones demográfica y epidemiológica continúan generando las presiones sobre el gasto debido a los mayores costos que implica atender los padecimientos de una población cada vez más envejecida.

Internamente, el gasto correspondiente a la nómina del Régimen de Jubilaciones y Pensiones sigue creciendo. Si bien se ha avanzado en su contención, aún se observan áreas de oportunidad para optimizar el gasto administrativo y mejorar la gestión de los servicios y de la infraestructura médica.

Desde el inicio de esta Administración se plantearon dos grandes objetivos: mejorar la calidad y calidez de los servicios y sanear financieramente al Instituto.

Hasta ahora, se han implementado tres estrategias para darles cumplimiento: i) mejorar la productividad y eficiencia de los servicios; ii) fortalecer la transparencia, y iii) fomentar el cumplimiento de las obligaciones de todos los actores.

Estas estrategias, implementadas por la actual Administración con los esfuerzos de los trabajadores y patrones, ya han dado frutos tangibles: por segundo año consecutivo se redujo el uso de reservas a la mitad de lo observado en 2012. También destaca la mejora en la calidad y calidez de los servicios percibida por nuestros derechohabientes, que se ve reflejado en el hecho de que las quejas por ellos interpuestas ante el Instituto, así como las notificadas por la Comisión Nacional de Derechos Humanos al IMSS se redujeron significativamente entre 2013 y 2014.

Es necesario institucionalizar los cambios implementados y que se conviertan en parte de la cultura del IMSS para que los logros de los últimos dos años sean sostenibles en el tiempo. Por ello, se implementó un plan de transformación con base en tres pilares: i) simplificación, digitalización y cumplimiento de las obligaciones; ii) fortalecimiento de la transparencia, y iii) mejora de los servicios médicos. Las acciones futuras se concentrarán en ampliar la infraestructura del Instituto y mejorar la calidad y calidez de los servicios prestados.

El Instituto, como pilar fundamental de la seguridad social en nuestro país, tiene una gran responsabilidad para seguir enfrentando el complejo panorama de los últimos años. Sólo con la fortaleza del Instituto y el compromiso inquebrantable de los trabajadores y patrones será posible superar estos retos y garantizar la seguridad social de sus derechohabientes.

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

México, D. F., junio de 2015.

Introducción



El Seguro Social es el instrumento básico de la seguridad social, establecido como un servicio público de carácter nacional y con la finalidad de garantizar el derecho a la salud, la asistencia médica, la protección de los medios de subsistencia y los servicios sociales necesarios para el bienestar individual y colectivo, así como el otorgamiento de una pensión que, en su caso y previo cumplimiento de los requisitos legales, será garantizada por el Estado¹.

La organización y administración del Seguro Social están a cargo del organismo público descentralizado con personalidad jurídica y patrimonio propios, de integración operativa tripartita, en razón de que a la misma concurren los sectores público, social y privado, denominado Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el cual tiene también el carácter de organismo fiscal autónomo².

El IMSS brinda prestaciones a sus derechohabientes bajo dos tipos de regímenes: el Régimen Obligatorio y el Régimen Voluntario. En el Régimen Obligatorio una persona es afiliada por su patrón por tener una relación laboral que obligue a su aseguramiento, mientras que en el Régimen Voluntario, la afiliación es producto de una decisión individual o colectiva. El Régimen Obligatorio se integra por cinco tipos de seguros: Riesgos de Trabajo (SRT), Enfermedades y Maternidad (SEM), Invalidez y Vida (SIV), Retiro, Cesantía en Edad

¹ Ley del Seguro Social Artículos 2 y 4

² *Ídem*, Artículo 5

Avanzada y Vejez (SRCV), y Guarderías y Prestaciones Sociales (SGPS). Por su parte, el Régimen Voluntario cuenta con el Seguro de Salud para la Familia (SSFAM), el Seguro Facultativo³ y algunas otras modalidades de incorporación voluntaria.

Para garantizar el derecho a la salud y a la asistencia médica establecido en la Ley, el IMSS ofrece una amplia diversidad de servicios ambulatorios y hospitalarios. En un día típico del Instituto se realizan más de 486 mil consultas médicas, de las cuales más de 330 mil son de medicina familiar, poco más de 79 mil son de especialidades, casi 58 mil son atenciones por urgencias y cerca de 19 mil son consultas dentales. Este cálculo considera la liberación de poco más de 7 millones de espacios (27 mil consultas diarias) resultado de la implementación de la Receta Resurtible (Capítulo V). Además, diariamente se registran poco más de 5,500 egresos hospitalarios y 4,100 cirugías, se atienden más de 1,200 partos y después de haber optimizado los Servicios de Laboratorio Clínico (Capítulo XI), al día se realizan más de 691 mil análisis clínicos y de 57 mil estudios de radiodiagnóstico.

En términos de recursos requeridos e impacto poblacional, el IMSS es, en muchos rubros, el mayor prestador de servicios de salud entre las instituciones públicas que forman parte del Sistema Nacional de Salud (cuadro 1).

Dentro del contexto de seguridad social, el IMSS además de los servicios de salud que brinda a sus derechohabientes, también protege a los trabajadores y a sus familiares frente a eventos que ponen en riesgo sus ingresos, y apoya el cuidado infantil para las madres y padres trabajadores durante su jornada laboral. Por otra parte, el Instituto pone a disposición de sus derechohabientes diversas actividades culturales, deportivas, de promoción de la salud, de capacitación y adiestramiento técnico, así como una red de centros vacacionales y velatorios.

En el país el IMSS es la institución de seguridad social con el mayor número de derechohabientes (cuadro 2). En diciembre de 2014, si se contabiliza a los casi 12 millones de beneficiarios adscritos a IMSS-PROSPERA, se alcanza un total de más de 71 millones de personas cubiertas.

Cuadro 1.
Servicios otorgados en el Sistema Nacional de Salud, 2013
(porcentajes)

	Consultas				Egresos hospitalarios	Cirugías	Servicios auxiliares de diagnóstico		
	General	Especialidad	Urgencias	Odontológicas			Laboratorio clínico	Radiología	Otros
IMSS ^{1/}	46.0	39.9	62.6	29.9	38.7	44.8	49.4	58.1	59.5
ISSSTE	7.6	13.4	3.1	8.8	6.5	7.0	9.7	9.1	12.2
Secretaría de Salud ^{2/}	43.5	34.8	28.2	54.8	49.7	45.0	36.3	28.0	21.5
Otras instituciones ^{3/}	2.9	11.9	6.1	6.5	5.1	3.3	4.6	4.8	6.7

^{1/} Incluye IMSS-PROSPERA

^{2/} Secretaría de Salud, incluye los servicios prestados por los Servicios Estatales de Salud, los Institutos Nacionales de Salud y los Hospitales Federales de Referencia. Estos servicios incluyen los otorgados bajo el Seguro Popular

^{3/} Incluye información de hospitales universitarios, Petróleos Mexicanos, Secretaría de Marina, Instituto de Seguridad y Servicios Social de los Trabajadores del Estado estatales y Secretaría de la Defensa Nacional

Fuente: Dirección General de Información en Salud, Secretaría de Salud. Boletín de Información Estadística No. 33, vol III, 2013

³ Ver el Anexo A Prestaciones y Fuentes de Financiamiento de los Regímenes de Aseguramiento del IMSS para una descripción detallada.

Cuadro 2.
Distribución de la población de acuerdo con
institución de protección en salud,
diciembre de 2014

Institución	Número de derechohabientes/ afiliados	Porcentaje de la población^{1/}
IMSS	71,151,867	59.1
Régimen Ordinario	59,487,144	49.4
Trabajadores ^{2/}	17,239,587	14.3
No trabajadores ^{3/}	7,496,457	6.2
Pensionados ^{4/}	3,588,964	3.0
Familiares adscritos ^{5/}	24,796,425	20.6
Familiares no adscritos ^{6/}	6,365,711	5.3
IMSS-PROSPERA	11,664,723	9.7
ISSSTE	12,803,817	10.6
Seguro Popular	57,300,000	47.6
PEMEX, SEDENA, SEMAR	1,881,466	1.6
Instituciones privadas	2,166,471	1.8
Otras instituciones públicas	1,805,393	1.5

^{1/} La población a diciembre de 2014 se estimó como el promedio de las poblaciones a mitad del año de 2014 y 2015 proyectadas por el Consejo Nacional de Población (120'359,509 personas).

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

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

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

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

^{6/} Las cifras de familiares no adscritos corresponden a estimaciones determinadas con base en coeficientes familiares. Los coeficientes familiares pueden ser interpretados como un promedio del número de miembros por familia y se aplican al número de asegurados directos y de pensionados. En abril de 2014, con base en el Censo de Población y Vivienda de 2010 publicado por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía, se actualizó el coeficiente familiar aplicado a trabajadores activos, pasando de 1.799 a 1.639

Fuente: IMSS, Informe Mensual de Población Derechohabiente y Sistema de Acceso a Derechohabientes, diciembre 2014, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Reporte de Población Amparada, diciembre de 2014, Sistema de Protección Social en Salud, Informe de Resultados enero-diciembre 2014; Petróleos Mexicanos (PEMEX) Reporte de derechohabientes diciembre 2014, Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA) y Secretaría de Marina (SEMAR) con datos de la Memoria Anual 2014 del Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas, y estimaciones con base en el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), XIII Censo de Población y Vivienda 2010 y Encuesta Nacional de Empleo y Seguridad Social (ENESS) 2013

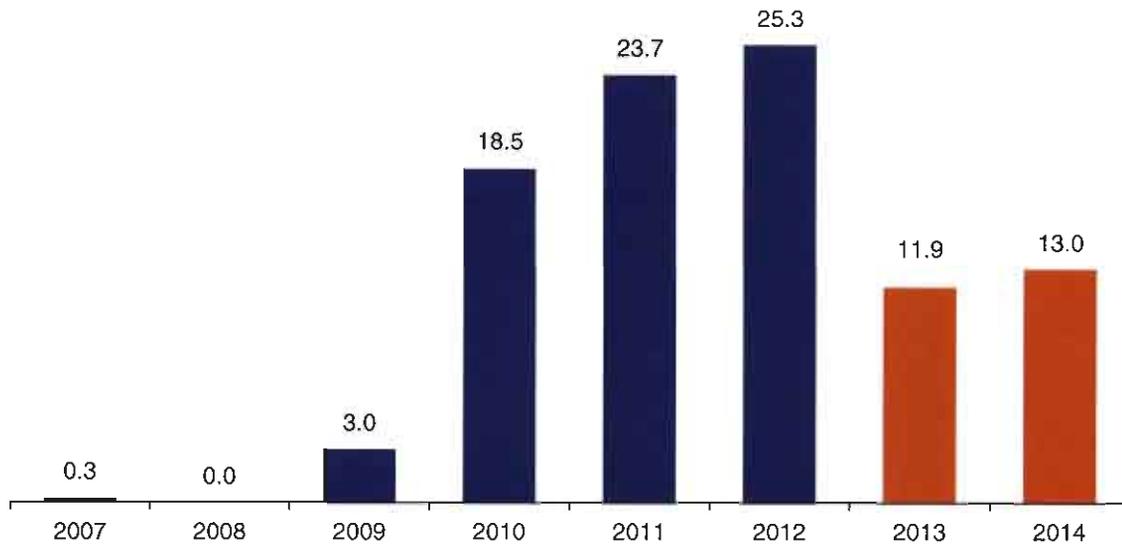
Es importante mencionar que entre diciembre de 2013 a diciembre de 2014, la población derechohabiente del IMSS presentó una ligera disminución, de 71.4 a 71.1 millones de personas. Lo anterior, debido a la actualización del coeficiente familiar utilizado en el cálculo de la población beneficiaria no adscrita pero con el derecho a los servicios del Instituto dada la afiliación de su titular. Esta modificación se detalla en el Capítulo II de este Informe.

Es común que la suma de la población que recibe prestaciones de seguridad social y/o aseguramiento público en salud sea mayor al total de la población mexicana, debido a que una persona puede ser beneficiaria de uno o más de los esquemas.

El Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión se presenta anualmente en cumplimiento a lo dispuesto en el Artículo 273 de la Ley del Seguro Social. El Informe consiste en un análisis detallado sobre la situación financiera y presupuestaria –presente y futura– del Instituto y los principales riesgos que enfrenta, así como las principales acciones realizadas y los avances obtenidos a la fecha. Como lo especifica la Ley, los resultados contables y actuariales presentados en este documento fueron dictaminados por auditores externos.

Como se ha mencionado en informes anteriores, la situación financiera del IMSS continúa siendo presionada por una demanda creciente de servicios de salud. Sin embargo, el esfuerzo realizado por el Instituto para incrementar sus ingresos propios y para hacer un uso más eficiente de sus recursos ha dado como resultado que su déficit de operación se haya mantenido bajo control en un nivel que representa alrededor de la mitad del déficit observado en 2012, hecho que se refleja en el uso de las reservas efectuado en los dos últimos años.

Gráfica 1.
Uso de Reservas y Fondo Laboral
(miles de millones de pesos de 2015)



Fuente: Dirección de Finanzas, IMSS.

Para poder subsanar la delicada situación financiera del Instituto, la presente Administración implementó un plan centrado en dos objetivos básicos. El primero consiste en incrementar la calidad y calidez de los servicios y el segundo, en sanear financieramente a la institución. A primera vista estos objetivos parecieran contradictorios, ya que para mejorar la calidad y calidez de los servicios se podría pensar en destinar mayores recursos. Sin embargo, estos dos objetivos se pueden conciliar a través de las siguientes estrategias:

- i) Mejorar la productividad y eficiencia de los servicios prestados.
- ii) Fortalecer la transparencia en todos los procesos del Instituto.
- iii) Fomentar el cumplimiento de las obligaciones de todos los actores.

Estas estrategias han sido particularmente útiles para enfrentar los retos en el corto plazo y lograr consolidar las finanzas del Instituto.

En los distintos capítulos de este Informe se detallarán las principales medidas y acciones que se llevaron a cabo durante el 2014 —y lo que va de 2015— para lograr los resultados obtenidos, que permiten encaminar al Instituto hacia el cabal cumplimiento de su misión conferida en la Ley del Seguro Social.

La organización del documento es la siguiente: en el Capítulo I se abordan temas relacionados con la doble transición, demográfica y epidemiológica, así como con el entorno económico y la situación financiera general que enfrenta el IMSS, incluyendo el estado de actividades y el estado de situación financiera del 2014, y los resultados de las proyecciones de corto y largo plazos. El Capítulo II analiza los ingresos y el aseguramiento en el IMSS. En los Capítulos III a VII se analiza la situación financiera en la que se encuentran el Seguro de Riesgos de Trabajo (SRT), el Seguro de Invalidez y Vida (SIV), el Seguro de Enfermedades y Maternidad (SEM), el Seguro de Guarderías y Prestaciones Sociales (SGPS) y el Seguro de Salud

para la Familia (SSFAM)⁴. El Capítulo VIII describe el estado general del Programa IMSS-PROSPERA. El Capítulo IX se concentra en la situación actual de las reservas del Instituto. En el Capítulo X se discute el pasivo laboral, incluyendo el correspondiente al Programa IMSS-PROSPERA, así como otros riesgos de carácter litigioso. El Capítulo XI presenta algunas de las principales acciones y políticas del IMSS en materia de gestión de los recursos institucionales, así como una descripción de la situación que guardan las instalaciones y equipo del Instituto. Finalmente, en el Capítulo XII se presentan las conclusiones más importantes del análisis y se aborda una serie de medidas que el Instituto ha establecido con el fin de aliviar la situación financiera que enfrenta.

El Artículo 273 de la Ley del Seguro Social distingue dos tipos de funciones para el IMSS: la de IMSS-Asegurador y la de IMSS-Administrador. La organización actual del Informe obedece a esta separación de funciones; así, los Capítulos I y III al VII presentan resultados relacionados con la función del IMSS como asegurador de los seguros establecidos en la Ley, mientras que los Capítulos IX a XI analizan elementos relacionados con el papel del IMSS como administrador de su patrimonio, fondos y reservas. El contenido del documento se ajusta a lo establecido en las fracciones del citado Artículo 273 (cuadro 3).

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

⁴ El Informe no presenta un análisis del Seguro de Retiro, Cesantía en edad Avanzada y Vejez (SRCV) dado que, bajo la Ley vigente (Ley de 1997), el Instituto sólo es un intermediario en la cobranza de las cuotas correspondientes, las cuales canaliza a las Administradoras de Fondos para el Retiro (AFORE). Por otro lado, todas las pensiones otorgadas al amparo del ahora derogado Seguro de Invalidez, Vejez, Cesantía en Edad Avanzada y Muerte (Ley de 1973) constituyen un pasivo a cargo del Gobierno Federal y no son responsabilidad del Instituto, por lo que tampoco se incluye un análisis de su situación

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

Desde su primera elaboración en 2002, este Informe permite a los sectores de la sociedad, particularmente al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión, contar con un diagnóstico detallado y objetivo de la situación financiera del Instituto.

Este Informe, y los anexos referidos en algunos capítulos, se encuentran disponibles en la página de Internet del Instituto (<http://www.imss.gob.mx>).

Cuadro 3.
Relación entre el Artículo 273 de la Ley del Seguro Social y los capítulos del Informe

Artículo 273	Capítulos del Informe
El Instituto deberá presentar al Ejecutivo Federal, por conducto de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, y al Congreso de la Unión, a más tardar el 30 de junio de cada año, un informe dictaminado por auditor externo, que incluya, al menos, los siguientes elementos:	
I. La situación financiera de cada uno de los seguros ofrecidos por el Instituto, y actuarial de sus reservas, aportando elementos de juicio para evaluar si las primas correspondientes son suficientes para cubrir los gastos actuales y futuros de los beneficios derivados de cada seguro;	Capítulo I. Entorno y Situación Financiera General Capítulo III. Seguro de Riesgos de Trabajo Capítulo IV. Seguro de Invalidez y Vida Capítulo V. Seguro de Enfermedades y Maternidad Capítulo VI. Seguro de Guarderías y Prestaciones Sociales Capítulo VII. Seguro de Salud para la Familia
II. Los posibles riesgos, contingencias y pasivos que se están tomando en cada seguro y la capacidad financiera del Instituto para responder a ellos en función de sus ingresos y las reservas disponibles;	Capítulo I. Entorno y Situación Financiera General Capítulo II. Ingresos y Aseguramiento en el IMSS Capítulo III. Seguro de Riesgos de Trabajo Capítulo IV. Seguro de Invalidez y Vida Capítulo V. Seguro de Enfermedades y Maternidad Capítulo VI. Seguro de Guarderías y Prestaciones Sociales Capítulo VII. Seguro de Salud para la Familia Capítulo IX. Reservas y Fondo Laboral del Instituto Capítulo X. Pasivo Laboral y otros Riesgos del Instituto Capítulo XII. Reflexiones Finales y Propuestas
III. Estimaciones sobre las posibles modificaciones a las cuotas obrero-patronales y a las cuotas, contribuciones y aportaciones del Gobierno Federal de cada seguro, en su caso, que se puedan prever, para mantener la viabilidad financiera del Instituto, y de las fechas estimadas en que dichas modificaciones puedan ser requeridas, y	Capítulo I. Entorno y Situación Financiera General Capítulo III. Seguro de Riesgos de Trabajo Capítulo IV. Seguro de Invalidez y Vida Capítulo V. Seguro de Enfermedades y Maternidad Capítulo VI. Seguro de Guarderías y Prestaciones Sociales Capítulo VII. Seguro de Salud para la Familia Capítulo XII. Reflexiones Finales y Propuestas
IV. La situación de sus pasivos laborales totales y de cualquier otra índole que comprometan su gasto por más de un ejercicio fiscal.	Capítulo X. Pasivo Laboral y Otros Riesgos del Instituto
Para los propósitos anteriores el Instituto informará sobre las tendencias demográficas de su población beneficiaria, incluyendo modificaciones en la esperanza de vida; tendencias en la transición epidemiológica, y cambios en la composición de género de la fuerza laboral, entre otros factores. La estimación de riesgos, a su vez, considerará factores derivados del ciclo económico, de la evolución del costo de los tratamientos y medicamentos, los costos laborales, de la situación macroeconómica, así como cualquier otro factor que afecte la capacidad del Instituto para cumplir con sus compromisos. En todos los casos, la estimación sobre riesgos y pasivos laborales y de cualquier otro tipo, se formulará con estricto apego a los principios de contabilidad generalmente aceptados por la profesión contable organizada en México.	Capítulo I. Entorno y Situación Financiera General Capítulo II. Ingresos y Aseguramiento en el IMSS Capítulo V. Seguro de Enfermedades y Maternidad
El Informe, asimismo, deberá contener información sobre el estado que guardan las instalaciones y equipos del Instituto, particularmente los dedicados a la atención médica, para poder atender de forma satisfactoria a sus derechohabientes.	Capítulo XI. Gestión de los Recursos Institucionales

Fuente. IMSS.

Entorno y Situación Financiera General



Como se verá a lo largo de este capítulo y en el resto del presente Informe, el esfuerzo realizado por el Instituto para incrementar sus ingresos propios y para hacer un uso más eficiente de sus recursos ha dado como resultado que su déficit de operación se haya mantenido bajo control en un nivel que representa alrededor de la mitad del déficit observado en 2012.

Por segundo año consecutivo, los ingresos propios del IMSS superaron la meta establecida en la Ley de Ingresos de la Federación a pesar de que el crecimiento económico para el país resultó menor al esperado. El control del déficit se logró sin perjuicio de la calidad y calidez en los servicios que se prestan a los derechohabientes, incluso se lograron algunas mejoras en beneficio de la atención y comodidad de los derechohabientes.

La situación financiera del IMSS está determinada por la dinámica de diversos factores externos e internos. Respecto de los primeros, el presente capítulo aborda un conjunto de factores económicos, demográficos y epidemiológicos del entorno en el cual opera el Instituto. Respecto de los segundos, se presentarán las principales acciones que se han realizado en el marco de los objetivos centrales que armonizan la mejora en la calidad y calidez de los servicios y el saneamiento financiero del IMSS.

El capítulo también presenta la situación financiera general del Instituto a través de: i) los resultados obtenidos al cierre de 2014, reflejados en el estado de actividades y el estado de situación financiera,

ambos reportes dictaminados por auditor externo, y ii) las proyecciones financieras de ingresos y gastos, excedentes, y fondeo de reservas para el corto (2015 a 2020) y el largo (2015 a 2050) plazos⁵.

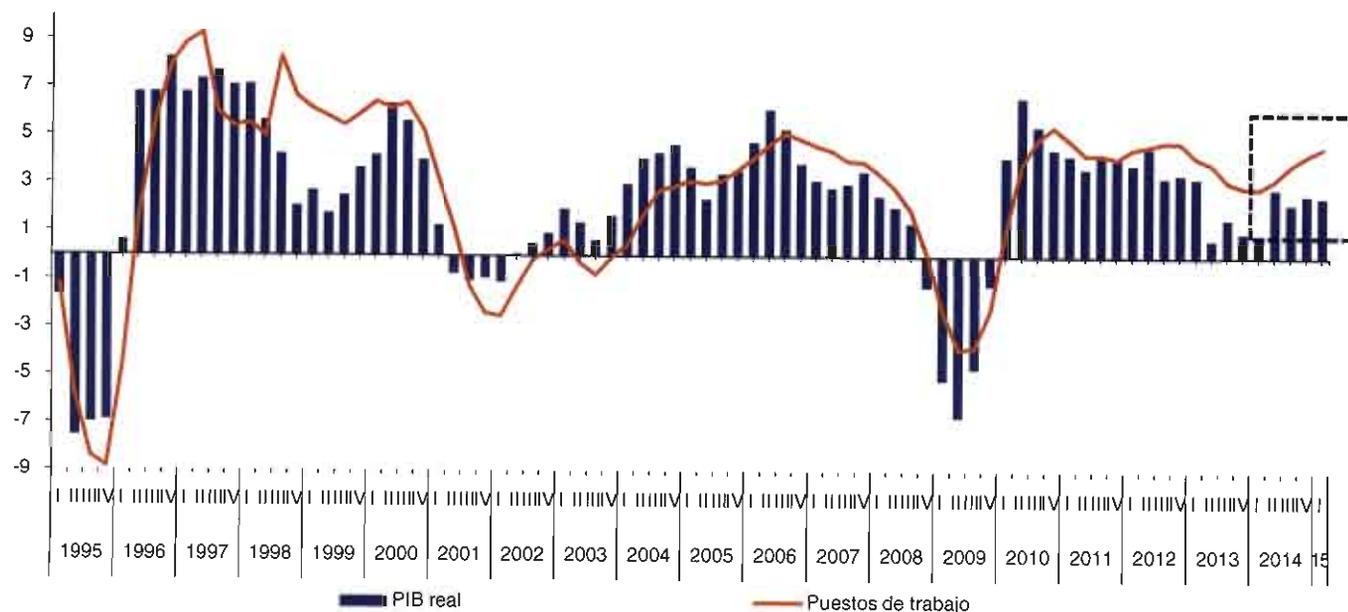
I.1. Contexto económico

La evolución de la actividad económica en 2014, aunado a las acciones promovidas por el Gobierno Federal, orientadas a generar las condiciones para asegurar que los mexicanos tengan acceso a un empleo formal, se tradujeron en una afiliación continua y creciente de puestos de trabajo, lo que contribuyó a alcanzar un aumento real en los ingresos obrero-patronales, como se detalla en el Capítulo II. La gráfica I.1 muestra que a partir de 2013 el ritmo de crecimiento en la cantidad de trabajadores asegurados duplicó el ritmo de crecimiento de la economía en general.

Además de las presiones puramente inflacionarias, la incorporación de nuevas tecnologías en los procesos de atención médica conlleva usualmente una mayor efectividad de los servicios prestados, pero también un mayor costo, al menos en la etapa inicial de aplicación de la tecnología innovadora.

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

Gráfica I.1.
Producto Interno Bruto real y trabajadores asegurados afiliados al IMSS, 1995-2015^{1/}
(variación porcentual anual, para el Producto Interno Bruto serie desestacionalizada)



^{1/} Para los trabajadores asegurados afiliados al IMSS se toma el promedio del trimestre

PIB: Producto Interno Bruto.

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

⁵ Este capítulo se complementa con el Anexo B en el que se presenta un análisis de Presupuesto Basado en Resultados y del Sistema de Evaluación del Desempeño.

I.2. Transición demográfica

En la actualidad, la dinámica demográfica de México se encuentra en una etapa avanzada de transición, es decir, enfrentando un descenso de la fecundidad y una moderada disminución de la mortalidad. Este fenómeno tiene lugar por lo menos desde hace tres décadas. El comportamiento descendente que están teniendo tanto la fecundidad como la mortalidad influye en el incremento en la esperanza de vida de la población mexicana, pero también ha propiciado un progresivo proceso de envejecimiento de la población (gráfica I.2).

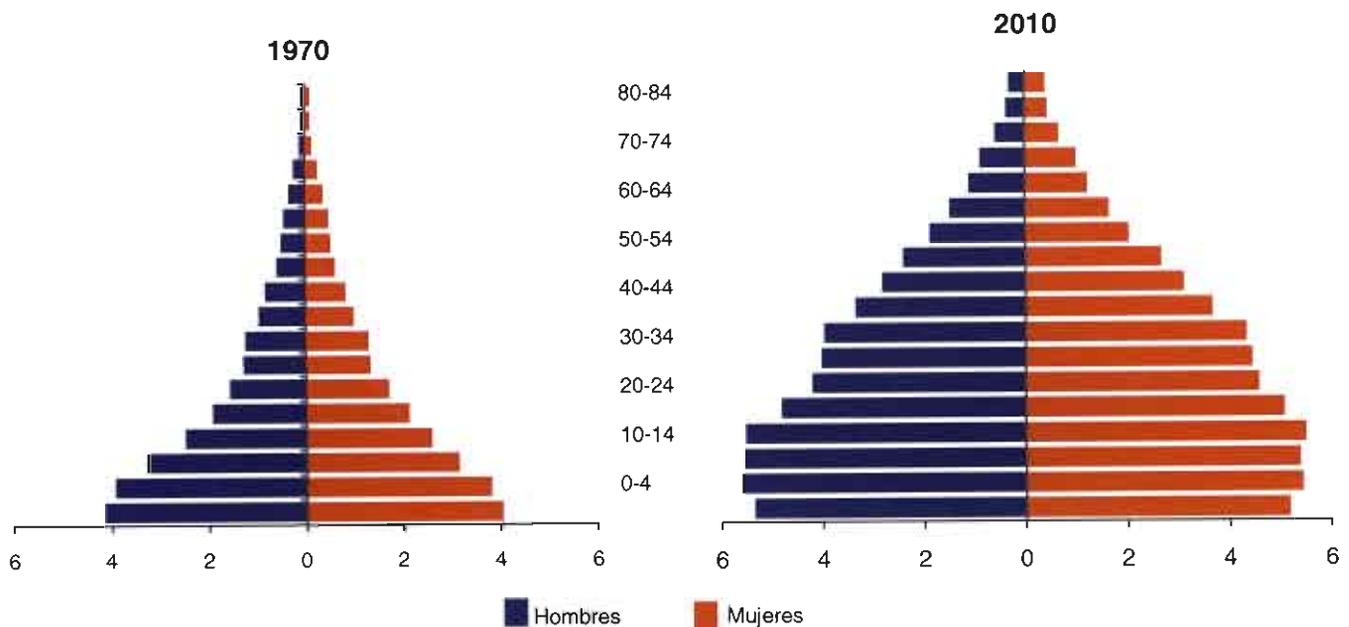
El IMSS no es ajeno a este proceso y la población derechohabiente adscrita a médico familiar se muestra cada vez más envejecida, con una decreciente participación de los grupos de edad más jóvenes (gráfica I.3).

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

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

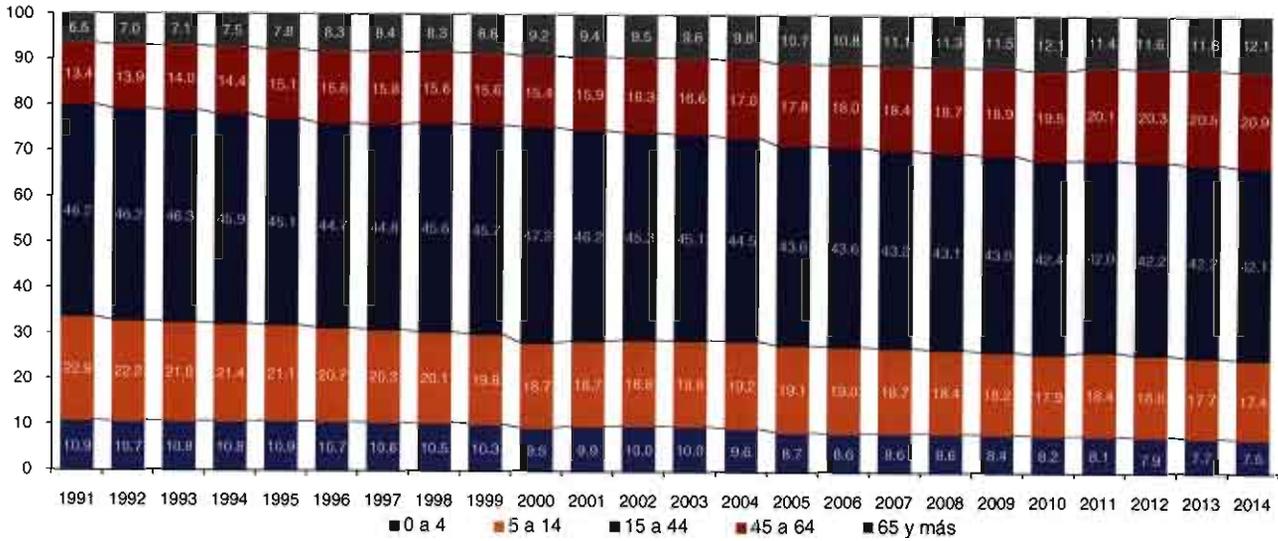
El cambio demográfico incide en la intensidad y motivos de demanda de servicios del grupo de edad correspondiente a 65 años y más. Por ejemplo, en el caso de la consulta externa de Medicina Familiar se observa que este grupo de edad es el que ha experimentado el mayor crecimiento (gráfica I.4).

Gráfica I.2.
Distribución de la población en México por grupo de edad, 1970 y 2010
(millones de personas)



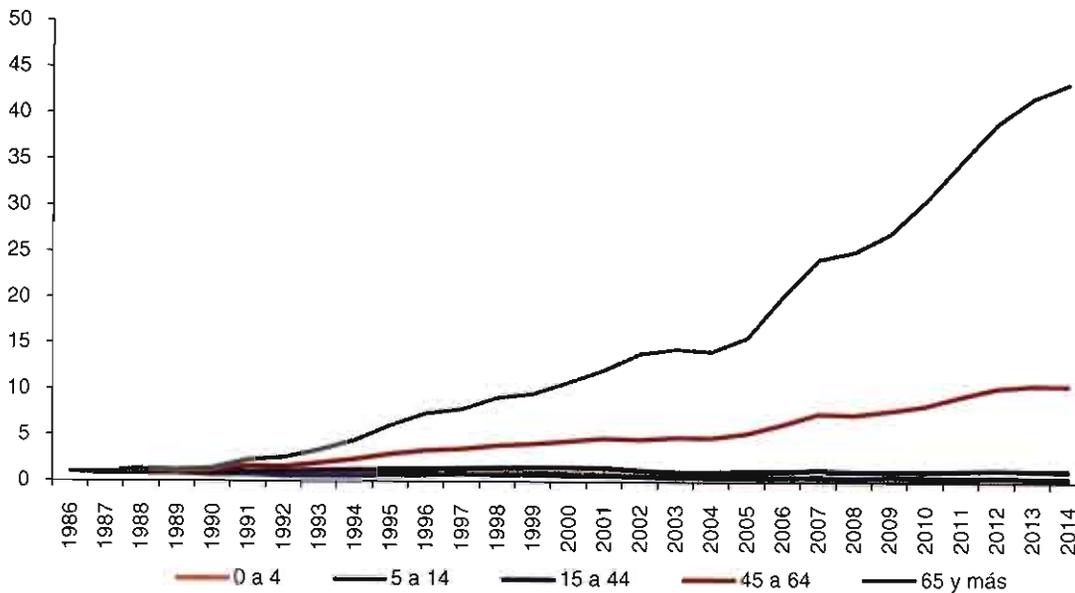
Fuente: IX Censo de Población y Vivienda, 1970; XIII Censo de Población y Vivienda, 2010.

Gráfica I.3.
Composición de la población derechohabiente adscrita a médico familiar por grupo de edad, 1992-2014^{1/}
 (porcentajes)



^{1/} De 1992 a 2010, las cifras corresponden al mes de junio de cada año. A partir de 2011, las cifras corresponden al 31 de diciembre de cada año.
 Fuente: Dirección de Prestaciones Médicas y Dirección de Incorporación y Recaudación, IMSS.

Gráfica I.4.
Crecimiento de consulta externa de Medicina Familiar por grupo de edad, 1986-2014
 (índice base 1986 = 1)



Fuente: Dirección de Prestaciones Médicas, IMSS.

I.3. Transición epidemiológica

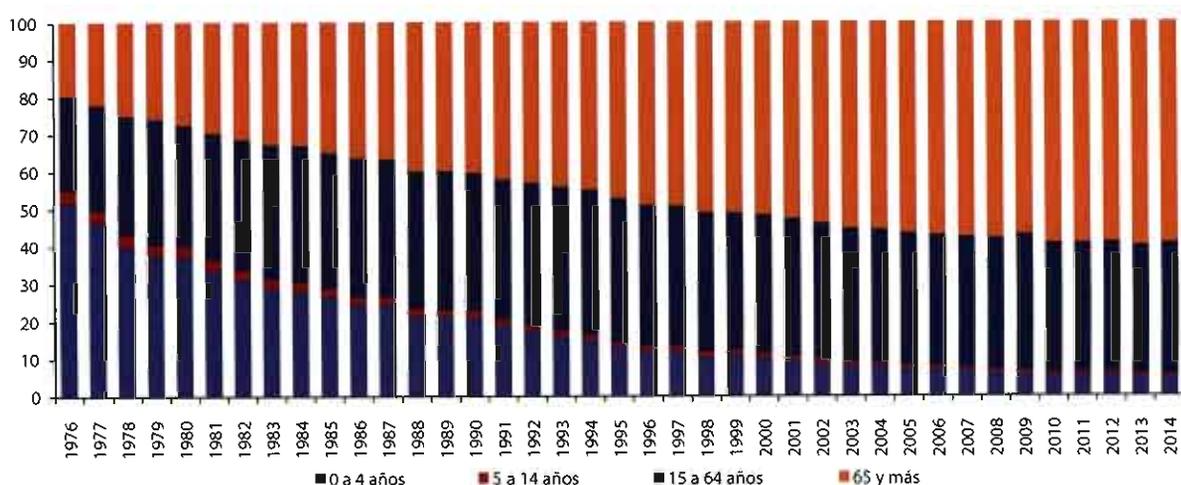
Actualmente el Instituto enfrenta una transición hacia una mayor prevalencia de enfermedades crónico-degenerativas no transmisibles que representan la mayor carga de enfermedad medida por los Años de Vida Saludables Perdidos Ajustados por Discapacidad⁶, que coexiste todavía con patrones de enfermedades y mortalidad previos a dicha transición como las enfermedades diarreicas, infecciones respiratorias agudas y los accidentes que continúan siendo el principal motivo de demanda de atención en los servicios de Urgencias y de atención de primera vez en Medicina Familiar.

Otro efecto de la transición consiste en el desplazamiento de la mortalidad de los niños hacia los adultos. Del total de defunciones en el IMSS en 1976, 51.5% ocurrió dentro del grupo de menores de 5 años y 20% fue dentro del grupo de mayores de 65 años. Para 2014, la situación de estos dos grupos se había invertido: 4.6% de todas las defunciones ocurrió en

el grupo de menores de 5 años y 59.4% en el grupo de mayores de 65 años (gráfica I.5). Entre las causas que contribuyeron a este fenómeno se encuentra la disminución de la mortalidad por enfermedades diarreicas e infecciones respiratorias agudas en los niños menores de 5 años, debido a: i) la disponibilidad de la terapia de hidratación oral; ii) el incremento de las coberturas de vacunación en este grupo de edad, y iii) mejoras en la infraestructura sanitaria y creación de nuevos programas de medicina preventiva.

Lo anterior ha modificado la historia natural de la enfermedad, observándose cambios trascendentes en las causas por defunción en la población. En la gráfica I.6 se observa una reducción drástica de las defunciones registradas por afecciones en la etapa perinatal, enfermedades infecciosas intestinales y tuberculosis pulmonar, padecimientos que ocupaban los primeros lugares de mortalidad en 1976, y un aumento de defunciones por una combinación de enfermedades no transmisibles como diabetes mellitus, cardiopatía isquémica, enfermedad cerebrovascular,

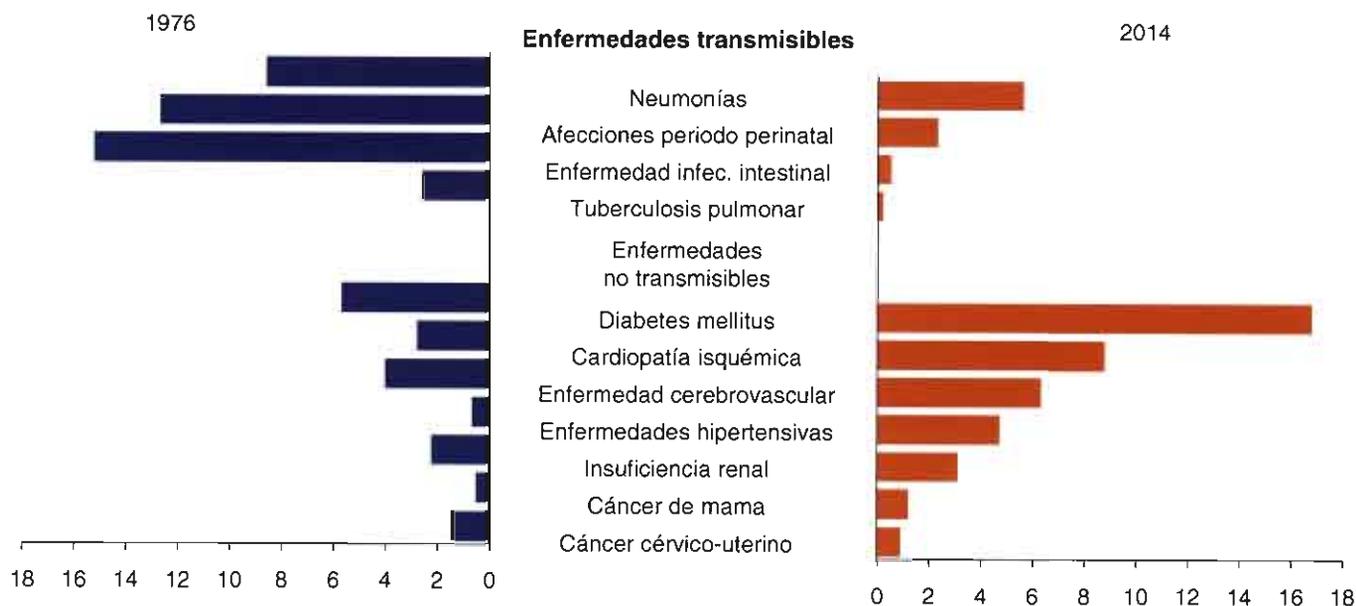
Gráfica I.5.
Defunciones por grupo de edad en el IMSS, 1976-2014
(porcentajes)



Fuente: Dirección de Prestaciones Médicas, IMSS

⁶ Para una descripción detallada de este concepto se sugiere consultar el Capítulo V del Seguro de Enfermedades y Maternidad

Gráfica I.6.
Defunciones por causas seleccionadas, 1976-2014
 (porcentajes)



Fuente: Dirección de Prestaciones Médicas, IMSS.

enfermedades hipertensivas, insuficiencia renal y neoplasias malignas, que ocuparon los primeros lugares de mortalidad en 2014.

En síntesis, y como se detalla en el Capítulo V del Seguro de Enfermedades y Maternidad, el IMSS, está enfrentando dos grandes retos: una profunda transición demográfica y un cambio en el perfil epidemiológico, lo que se traduce en un creciente gasto en salud. Esta doble carga de morbilidad genera una demanda de recursos, tanto para la atención a las enfermedades crónico-degenerativas, cuya atención es costosa y además generan discapacidad, como para la atención de las enfermedades infecciosas y para los principales motivos de atención como es la atención materno-infantil.

I.4. Situación financiera general

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

Los estados de actividades y de la situación financiera se presentan conforme a la normatividad aplicable⁷, registrando el costo neto del periodo de las obligaciones laborales, en virtud de que el Instituto tiene establecido un Régimen de Jubilaciones y Pensiones y un plan de prima de antigüedad para sus trabajadores cuya reserva y aportación son calculadas de acuerdo con la Norma de Información Financiera D-3 "Beneficios a los Empleados" emitida por el

⁷ Postulados Básicos de Contabilidad Gubernamental, la Ley de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria y su Reglamento, así como las Normas de Información Financiera Gubernamentales Generales para el Sector Paraestatal, emitidas por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.

Consejo Mexicano para la Investigación y Desarrollo de Normas de Información Financiera.

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

I.4.1. Estado de actividades

El cuadro I.1 muestra el estado de actividades en apego a la Norma de Información Financiera de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público y sólo se reconoce parcialmente el costo de las obligaciones laborales. Los ingresos de operación del ejercicio 2014 ascendieron a 332,227 millones de pesos. Por su parte, el gasto de operación fue de 331,955 millones de pesos. El resultado del ejercicio fue equivalente a un superávit de 272 millones de pesos sin considerar el registro total del costo neto del periodo de las obligaciones laborales. Estas cifras no reflejan los ingresos ni los egresos a cargo del Gobierno Federal para el pago de las Pensiones en Curso de Pago y las Pensiones Garantizadas de Invalidez y Vida y de Cesantía y Vejez, en virtud de que corresponden a obligaciones del Gobierno Federal en donde el IMSS es solamente el administrador.

Los ingresos del Instituto provienen principalmente de tres fuentes: i) de las cuotas y aportaciones tripartitas a la seguridad social que se reciben por parte de los trabajadores, de los patrones y del Gobierno Federal, incluidas las multas, recargos y actualizaciones; ii) de los ingresos derivados de las ventas y servicios en tiendas, centros vacacionales y velatorios, y iii) de los intereses y rendimientos obtenidos de la inversión de las reservas y disponibilidades, así como del uso de los recursos de las reservas y fondos del Instituto. De los ingresos totales, 91.2% corresponden a cuotas y aportaciones de seguridad social, 1.5% a ingresos financieros, 0.5% a ventas de bienes y servicios, y el restante 6.8% a otros ingresos y beneficios varios (cuadro I.1).

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

De acuerdo con los resultados de la valuación actuarial de las obligaciones laborales por el Régimen de Jubilaciones y Pensiones y prima de antigüedad de los trabajadores del IMSS bajo la Norma de Información Financiera D-3, el costo neto del periodo para el ejercicio que terminó el 31 de diciembre de 2014 ascendió a 764,208 millones de pesos⁹. En el Capítulo X se hace un análisis completo de la situación de este pasivo. El efecto de registrar en la contabilidad institucional el total del costo neto del periodo de las obligaciones laborales implicaría la determinación de

⁹ El costo neto del periodo (con cargo a resultados del ejercicio 2014) es el costo derivado de la relación laboral atribuible al año de valuación y está integrado por los siguientes conceptos: costo laboral, costo financiero, rendimientos de los activos del plan y amortizaciones. Para más detalles sobre este término ver el Capítulo X sobre el pasivo laboral del Instituto.

Cuadro I.1.
Estado de actividades dictaminado al 31 de diciembre de 2014 y 2013
(millones de pesos corrientes)

Concepto	2013	2014
Ingresos y otros beneficios		
Ingresos de la gestión		
Cuotas y aportaciones de seguridad social	285,278	302,944
Ingresos por venta de bienes y servicios		
Ingresos por venta de bienes y servicios de organismos descentralizados	2,053	1,804
Otros ingresos y beneficios		
Ingresos financieros		
Intereses ganados de valores, créditos y bonos	8,714	5,005
Otros ingresos y beneficios varios	23,735	22,474
Total de ingresos	319,780	332,227
Gastos y otras pérdidas		
Gastos de funcionamiento		
Servicios de personal	143,423	151,009
Materiales y suministros	46,923	48,463
Servicios generales y subrogación de servicios	26,708	29,231
Otros gastos y pérdidas		
Subsidios	24,062	24,451
Estimaciones, depreciaciones y deterioro	9,866	7,935
Otros gastos	7,532	8,260
Pagos a pensionados y jubilados IMSS	51,120	55,386
Costo por beneficios a empleados (RJP) ^{1/}	9,868	7,220
Total de gastos	319,502	331,955
Resultado del ejercicio	278	272

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

Fuente: Dirección de Finanzas, IMSS, a partir de los Estados Financieros dictaminados al 31 de diciembre de 2014 y 2013

un resultado del ejercicio de naturaleza desfavorable por 696,173 millones de pesos, como lo muestra el cuadro I.2.

Aunque los estados de actividades por ramo de seguro se presentarán por separado en los capítulos correspondientes, para el ejercicio 2014 los seguros de Riesgos de Trabajo (SRT), de Invalidez y Vida (SIV), y de Guarderías y Prestaciones Sociales (SGPS) tuvieron superávit. Por otra parte, los seguros de Enfermedades y Maternidad (SEM) y de Salud para

la Familia (SSFAM) fueron deficitarios, a pesar de no haber incluido en su resultado el total del costo neto del periodo. Como se verá más adelante en los capítulos respectivos a cada seguro, cuando este último se toma en cuenta, el Seguro de Enfermedades y Maternidad y el Seguro de Salud para la Familia arrojan un mayor déficit, mientras que el Seguro de Riesgos de Trabajo y el Seguro de Guarderías y Prestaciones Sociales se vuelven deficitarios y el Seguro de Invalidez y Vida disminuye su superávit.

Cuadro I.2.
Estado de actividades al 31 de diciembre de 2014 y 2013, con el registro total del costo neto del periodo del Régimen de Jubilaciones y Pensiones
(millones de pesos corrientes)

Concepto	2013	2014
Ingresos y otros beneficios		
Ingresos de la gestión		
Cuotas y aportaciones de seguridad social	285,278	302,944
Ingresos por venta de bienes y servicios		
Ingresos por venta de bienes y servicios de organismos descentralizados	2,053	1,804
Otros ingresos y beneficios		
Ingresos financieros		
Intereses ganados de valores, créditos, bonos	8,714	5,005
Otros ingresos y beneficios varios	23,735	22,474
Total de ingresos	319,780	332,227
Gastos y otras pérdidas		
Gastos de funcionamiento		
Servicios de personal ^{1/}	138,517	145,852
Materiales y suministros	46,923	48,463
Servicios generales y subrogación de servicios	26,708	29,231
Otros gastos y pérdidas		
Subsidios	24,062	24,451
Estimaciones, depreciaciones y deterioro	9,866	7,935
Otros gastos	7,532	8,260
Pagos a pensionados y jubilados IMSS ^{2/}	56,026	60,542
Costo por beneficios a empleados (RJP) ^{2/}	663,510	703,666
Total de gastos	973,144	1,028,400
Resultado del ejercicio	-653,364	-696,173

^{1/} En el rubro servicios de personal no se consideran 4,905 y 5,157 millones de pesos en 2013 y 2014, respectivamente, por los pagos por prima de antigüedad y las aportaciones del Instituto al Régimen de Jubilaciones y Pensiones, de acuerdo con las cláusulas contractuales, ya que están incluidos en el rubro de pagos a pensionados y jubilados IMSS

^{2/} El costo neto del periodo determinado por el despacho externo Aon México Business Support, S. A. de C. V., en 719,536 millones de pesos y 764,208 millones de pesos en 2013 y 2014, respectivamente, se integra por los rubros de pagos a pensionados y jubilados IMSS y costo por beneficios a empleados del Régimen de Jubilaciones y Pensiones

Fuente: Dirección de Finanzas, IMSS, a partir de los Estados Financieros dictaminados al 31 de diciembre de 2014 y 2013, y del Régimen de Jubilaciones y Pensiones y Prima de Antigüedad de los Trabajadores del Instituto Mexicano del Seguro Social bajo la Norma de Información Financiera D-3 "Beneficios a los Empleados", al 31 de diciembre de 2014 y Proyecciones para 2015.

I.4.2. Estado de situación financiera

Al 31 de diciembre de 2014, el estado de situación financiera del Instituto presenta un activo total de 293,850 millones de pesos, conformado por el activo circulante y el activo no circulante (cuadro I.3). El activo circulante suma 108,931 millones de pesos que incluyen, entre otros rubros, efectivo y equivalentes, inversiones financieras a corto plazo, cuentas por cobrar, deudores diversos, inventarios,

almacenes y otros activos circulantes. El activo no circulante equivale a 184,919 millones de pesos y está integrado principalmente por inversiones financieras a largo plazo, bienes inmuebles, infraestructura y construcciones en proceso, bienes muebles, activos intangibles y otros activos no circulantes.

El pasivo del Instituto ascendió a 214,927 millones de pesos y se desagrega en: 21,349 millones de pesos

Cuadro I.3.
Estado de situación financiera dictaminado al 31 de diciembre de 2014 y 2013
(millones de pesos corrientes)

Concepto	2013	2014	Concepto	2013	2014
Activo circulante			Pasivo circulante		
Efectivo y equivalentes	12,373	9,256	Cuentas por pagar a corto plazo	15,361	10,482
Derechos a recibir efectivo o equivalentes	104,697	91,601	Servicios personales	420	573
Inversiones financieras	70,188	55,070	Proveedores	8,427	5,406
Cuentas por cobrar	25,401	28,355	Contratistas por obras públicas	404	214
Deudores diversos	9,086	8,158	Retenciones y contribuciones	6,110	4,289
IVA Acreditable	22	18	Otros pasivos	11,001	10,867
Inventarios	332	202	Total de pasivos circulantes	26,362	21,349
Inventario de mercancías para venta	332	202	Pasivo no circulante		
Almacenes	5,478	6,054	Otros pasivos	186,513	193,578
Almacenes	5,478	6,054	Otros pasivos	114,696	114,541
Otros activos circulantes	1,634	1,818	Obligaciones laborales	71,817	79,037
Otros activos circulantes	1,634	1,818	Total de pasivos no circulantes	186,513	193,578
Total de activos circulantes	124,514	108,931	Total pasivo	212,875	214,927
Activo no circulante			Patrimonio contribuido	2,283	2,306
Inversiones financieras	56,632	74,508	Donaciones de capital	2,283	2,306
Bienes inmuebles, infraestructura y construcciones en proceso	89,119	90,384	Patrimonio generado	76,627	76,617
Terrenos	22,355	22,359	Resultado del ejercicio	278	272
Edificios no habitacionales	63,223	63,629	Resultados de ejercicios anteriores	8,823	9,101
Construcciones en proceso en bienes propios	3,541	4,396	Revalúos	1,695	1,417
Bienes muebles	5,719	3,679	Exceso en la actualización del patrimonio	65,831	65,827
Mobiliario y equipo de administración	1,306	978	Total patrimonio	78,910	78,923
Mobiliario y equipo educacional y recreativo	47	24			
Equipo e instrumental médico y de laboratorio	3,456	1,886			
Equipo de transporte	176	150			
Maquinaria, otros equipos y herramientas	734	641			
Activos intangibles	9	9			
Concesiones y franquicias	9	9			
Otros activos no circulantes	15,792	16,339			
Total de activos no circulantes	167,271	184,919			
Total de activos	291,785	293,850	Total de pasivo y patrimonio	291,785	293,850

Fuente: Dirección de Finanzas, IMSS, a partir de los Estados Financieros dictaminados al 31 de diciembre de 2014 y 2013.

de pasivo circulante y 193,578 millones de pesos de pasivo no circulante, de los cuales 79,037 millones de pesos corresponden al costo de las obligaciones laborales registradas al 31 de diciembre de 2014. El patrimonio ascendió a 78,923 millones de pesos y está constituido por 65,827 millones de pesos por exceso en la actualización del patrimonio, 9,101 millones de pesos de resultados de ejercicios anteriores, 1,417 millones de pesos de revalúos, 2,306 millones de pesos de donaciones y 272 millones de pesos del resultado de ejercicio.

El cuadro I.4 muestra el estado de situación financiera del Instituto, al 31 de diciembre de 2014 con el reconocimiento del total del costo neto del periodo bajo la metodología de la Norma de Información Financiera D-3. En 2014, el rubro de la reserva para beneficios a los empleados fue de 775,482 millones de pesos y se integra por 696,445 millones de pesos de obligaciones laborales no registradas por el Instituto y 79,037 millones de pesos que corresponden a la reserva constituida por dicho concepto.

Como se observa en el cuadro I.4, si se reconoce el total del costo neto del periodo en 2014, el patrimonio del Instituto sería deficitario en 617,522 millones de pesos. El reconocimiento de las obligaciones laborales ya devengadas se aplica de acuerdo con la Norma D-3 que establece que la entidad puede optar por reconocer las ganancias o pérdidas actuariales, directamente en los resultados del periodo conforme se devengan o amortizarlas en periodos futuros. De acuerdo con la valuación actuarial, el Instituto ha optado por amortizar las pérdidas del pasivo laboral en periodos futuros, en lugar del total de sus obligaciones por beneficios definidos que al cierre de 2014 fue de 1'819,475 millones de pesos.

I.4.3. Proyecciones financieras de corto plazo

De acuerdo con la situación financiera actual y con los principales retos que enfrenta el IMSS, se requiere tomar medidas que contemplen una perspectiva de largo plazo; sin embargo, también hay consecuencias que implican acciones en el futuro inmediato.

La estructura del gasto del Instituto para varios años⁹ se muestra en la gráfica I.7, en términos de flujo de efectivo. Se observa que, en poco más de una década, se registró un incremento de más de 70% real en el gasto, y dentro de su composición, la proporción de los recursos del IMSS que se destinan al pago de la nómina de personal activo ha disminuido, mientras que el gasto en consumo de materiales y suministros se ha mantenido constante. Para la nómina de jubilados y pensionados del Instituto (Régimen de Jubilaciones y Pensiones) se ha destinado un porcentaje creciente del gasto total, situación que continuará por lo menos hasta 2030, cuando la pendiente del rubro comience a revertirse. Este tema será abordado de manera particular en el Capítulo X.

Como se ha documentado en Informes de años anteriores, en el periodo comprendido entre 2007 y 2012 se ha requerido hacer uso del Fondo Laboral y de las reservas Institucionales, para cubrir las necesidades de financiamiento. De hecho, en ese mismo periodo se pasó de un déficit de prácticamente cero a 25,328 millones de pesos. En 2013, primer año de esta Administración, se llevó a cabo un importante esfuerzo de saneamiento financiero que se vio reflejado en una reducción del uso de reservas al ubicarse en 11,947 millones de pesos menos de la mitad del

⁹ A diferencia del cuadro I.1, que presenta las cifras de ingresos y gastos en términos de operación, la gráfica I.7 muestra los gastos en términos de flujo de efectivo. La diferencia entre estas dos presentaciones radica, entre otras cosas, en que en el flujo de efectivo el total de gastos incluye el monto de las pensiones en curso de pago, que son obligaciones del Gobierno Federal y en las que el Instituto actúa como administrador de dichos recursos.

Cuadro I.4.

Estado de situación financiera dictaminado al 31 de diciembre de 2013 y 2014, con el registro total de las obligaciones por beneficios definidos del Régimen de Jubilaciones y Pensiones

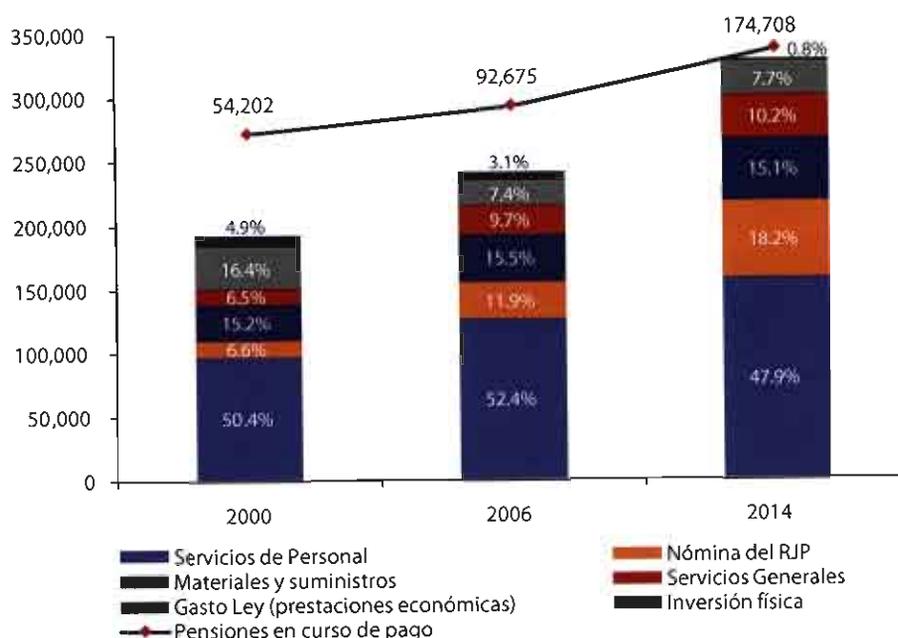
(millones de pesos corrientes)

Concepto	2013	2014	Concepto	2013	2014
Activo circulante			Pasivo circulante		
Efectivo y equivalentes	12,373	9,256	Cuentas por pagar a corto plazo	15,361	10,482
Derechos a recibir efectivo o equivalentes	104,697	91,601	Servicios personales	420	573
Inversiones financieras	70,188	55,070	Proveedores	8,427	5,406
Cuentas por cobrar	25,401	28,355	Contratistas por obras públicas	404	214
Deudores diversos	9,086	8,158	Retenciones y contribuciones	6,110	4,289
IVA Acreditable	22	18	Otros pasivos	11,001	10,867
Inventarios	332	202	Total de pasivos circulantes	26,362	21,349
Inventario de mercancías para venta	332	202			
Almacenes	5,478	6,054	Pasivo no circulante		
Otros activos circulantes	1,634	1,818	Otros pasivos	840,155	890,023
			Otros pasivos	114,696	114,541
			Obligaciones laborales ^{1/}	725,459	775,482
Total de activos circulantes	124,514	108,931	Total de pasivos no circulantes	840,155	890,023
Activo no circulante			Total pasivo	866,517	911,372
Inversiones financieras	56,632	74,508	Patrimonio contribuido	2,283	2,306
Bienes inmuebles, infraestructura y construcciones en proceso	89,119	90,384	Donaciones de capital	2,283	2,306
Terrenos	22,355	22,359	Patrimonio generado	-577,015	-619,828
Edificios no habitacionales	63,223	63,629	Resultado del ejercicio	278	272
Construcciones en proceso en bienes propios	3,541	4,396	Resultado del pasivo laboral	-653,642	-696,445
Bienes muebles	5,719	3,679	Resultados de ejercicios anteriores	8,823	9,101
Mobiliario y equipo de administración	1,306	978	Revalúos	1,695	1,417
Mobiliario y equipo educacional y recreativo	47	24	Exceso en la actualización del patrimonio	65,831	65,827
Equipo e instrumental médico y de laboratorio	3,456	1,886	Total patrimonio	-574,732	-617,522
Equipo de transporte	176	150			
Maquinaria, otros equipos y herramientas	734	641			
Activos intangibles	9	9			
Concesiones y franquicias	9	9			
Otros activos no circulantes	15,792	16,339			
Total de activos no circulantes	167,271	184,919			
Total de activos	291,785	293,850	Total de pasivo y patrimonio	291,785	293,850

^{1/}Las cifras reportadas en este rubro corresponden a las contenidas en la Valuación Actuarial del Régimen de Jubilaciones y Pensiones y Prima de Antigüedad de los Trabajadores del Instituto Mexicano del Seguro Social bajo la Norma de Información Financiera D-3 "Beneficios a los empleados", al 31 de diciembre de 2014 y Proyecciones para 2015, emitido por Aon México Business Support, S. A. de C. V., y a las notas a los estados financieros dictaminados en 2014, Nota 14 Beneficios a los empleados, y representan las obligaciones totales.

Fuente: Dirección de Finanzas, IMSS, a partir de los Estados Financieros dictaminados al 31 de diciembre de 2014 y 2013, y de la Valuación Actuarial del Régimen de Jubilaciones y Pensiones y Prima de Antigüedad de los Trabajadores del Instituto Mexicano del Seguro Social bajo la Norma de Información Financiera D-3 "Beneficios a los Empleados", al 31 de diciembre de 2014 y Proyecciones para 2015

Gráfica I.7.
Participación en el gasto total
(millones de pesos de 2015)



Fuente: Dirección de Finanzas, IMSS.

déficit reflejado en 2012. Los esfuerzos realizados en materia de mejora financiera han permitido requerir menores importes de uso de reservas de manera que para el año 2014 este rubro alcanzó la cifra de 12,957 millones de pesos¹⁰, es decir, por poco más de la mitad que la referencia del año 2012, logrando así la consolidación financiera del Instituto.

El Informe sobre la Situación Financiera y los Riesgos del Instituto de 2010-2011, presentado al Ejecutivo Federal y al Congreso en junio de 2011, destacaba en sus proyecciones de corto plazo que aun con el uso del Fondo Laboral y las reservas, el IMSS dejaría de ser autosustentable financieramente en el primer trimestre de 2015, momento que ha sido superado.

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

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

Estos objetivos se conciliaron a través de las siguientes tres estrategias:

- Incrementar la productividad, eficiencia y calidez de los servicios.
- Fortalecer la transparencia.
- Fomentar el cumplimiento de obligaciones de todos los actores del Instituto.

¹⁰ El uso de la Reserva Financiera Actuarial del Seguro de Enfermedades y Maternidad se llevó a cabo una vez que se promulgó el 20 de agosto de 2013 el Reglamento de la Ley del Seguro Social para la constitución, inversión y uso para la operación de las Reservas Financieras y Actuariales y la Reserva General Financiera y Actuarial, así como para la determinación de los costos financieros que deberán reintegrarse a la Reserva de Operación para Contingencias y Financiamiento

Durante 2014 el enfoque no se concentró únicamente en la consolidación financiera del Instituto, lo que se reflejó en un déficit controlado, sino que además se buscó mejorar los servicios.

En materia de ingresos, los más importantes del Instituto, los obrero-patronales, se incrementaron en 9 mil millones de pesos en términos reales, derivado de los esfuerzos focalizados en fomentar y facilitar el cumplimiento de las obligaciones a través de mejoras en el servicio a los contribuyentes. Lo anterior ha sido posible al facilitar el cumplimiento de obligaciones mediante la simplificación y digitalización de trámites, el análisis de los sectores y cruce de información con el Servicio de Administración Tributaria (SAT), Secretaría del Trabajo e Instituto del Fondo Nacional de la Vivienda para los Trabajadores (INFONAVIT) para planear mejor las auditorías, el inicio de operaciones de la Unidad de Grandes Patrones y la publicación de criterios normativos sobre prácticas agresivas de evasión, estrategias que son ampliamente discutidas en el Capítulo II.

Sin duda alguna este importante incremento contribuyó de forma significativa al saneamiento financiero, ya que el diferencial de 2.6 mil millones de pesos entre los 9 mil millones de pesos de ingresos y los 6.4 mil millones de pesos de gasto regularizable de la nómina en Servicios de Personal y del Régimen de Jubilaciones y Pensiones, junto con las estrategias para optimizar el gasto del Instituto, se tradujo en un mejor desempeño financiero y en una mejora de servicios.

A continuación se agrupan algunas de las principales medidas que se llevaron a cabo durante el 2014 para mejorar la calidad y calidez de los servicios, y sanear las finanzas del IMSS. El detalle de las mismas y los resultados obtenidos se describen en los diferentes capítulos de este Informe.

En materia de servicios médicos:

- Mejora en la coordinación entre los niveles de atención (Capítulo V).
- Receta resurtible en primer y segundo niveles (Capítulo V).
- Revisión anual PrevenIMSS (Capítulo V).
- Optimización de los servicios de Atención Ambulatoria, Hospitalización y Urgencias (Capítulo V).
- Prevención de riesgos para evitar la muerte materna (Capítulo V).
- Atención del infarto agudo del corazón (Capítulo V).
- Control de enfermedades crónico-degenerativas (Capítulo V).
- Arranque del Programa de Vales Medicinales en el Distrito Federal (Capítulo XI).
- Inicio del proceso de cambio estructural en la subrogación de servicios integrales (Capítulo XI).

En materia de servicios de incorporación y recaudación (Capítulo II):

- Ingresos y formalización de empleo.
- Simplificación y digitalización de trámites para patrones.
- Implementación del Modelo Integral de Fiscalización

En materia de optimización del gasto:

- Compra consolidada de medicamentos, la más grande de la historia del Sector Público de nuestro país (Capítulo XI).
- Eliminación de las compras emergentes de medicamentos y optimización de los niveles de inventario de medicamentos (Capítulo XI).
- Creación de Centros Automatizados de Insumos Terapéuticos. Unidosis intrahospitalaria (Capítulo XI).
- Arrendamiento de vehículos administrativos y de ambulancias (Capítulo XI).

- Racionalización y revisión de rentas de inmuebles (Capítulo XI).

En materia de uso de las Tecnologías de Información:

- Modernización de la atención no presencial (Capítulo XI).
- Digitalización de trámites para derechohabientes y ciudadanos en general (Capítulo XI).
- Actualización de la infraestructura tecnológica y mejora de los modelos de contratación de servicios de tecnología, como son la Red Privada Virtual, el centro de datos y el servicio de impresión de alto volumen (Capítulo XI).

A partir de las distintas estrategias que se han implementado en el Instituto durante la presente administración, se prevé tener un menor uso de reservas a las contempladas de origen.

La estrategia para continuar consolidando financieramente al Instituto y mejorar sustancialmente la calidad y calidez de los servicios, deberá:

- Institucionalizar las medidas en materia de eficiencia emprendidas en 2013 y 2014.
- Impulsar cambios estructurales que busquen incrementar la capacidad instalada del Instituto.
- Mejorar los servicios que se prestan a la población derechohabiente.
- Conducirse con la disciplina presupuestaria necesaria para mantener el saneamiento financiero logrado.

En la siguiente sección se describe el escenario de corto plazo y los supuestos considerados para su proyección.

Supuestos

El cuadro 1.5 presenta los principales supuestos utilizados para elaborar las proyecciones 2015-2020

de ingresos y gastos considerando un escenario de cierre para el 2015.

La proyección de crecimiento económico, de acuerdo con el boletín de prensa emitido por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público el 21 de mayo de 2015, dice que el Producto Interno Bruto crecerá entre 2.2% y 3.2% en términos reales para 2015, y para el periodo de 2016 a 2020 se espera una mejora en el indicador previéndose un crecimiento promedio de 3.57% por año.

El registro del empleo en el IMSS para el 2015 espera un crecimiento de 3.51%, el cual considera la meta de la Ley de Ingresos de la Federación, y para los siguientes años se utiliza una elasticidad entre el empleo y la producción industrial de Estados Unidos, dando como resultado un crecimiento promedio de 2.88%.

El crecimiento real esperado del salario base de cotización, como promedio anual del periodo 2015-2020, se estima en 0.24% promedio anual. Mientras que la inflación promedio para ese mismo periodo se proyecta en 3.19%.

En comparación con las premisas contenidas en el Informe del año anterior, la expectativa de crecimiento del Producto Interno Bruto para el 2015 es menor, explicado entre otros, por la revisión a la baja de la perspectiva de crecimiento de la economía global, aunado a los bajos precios del petróleo, que a pesar de que presentan una ligera recuperación, no han logrado establecerse en un rango que permita una mejora en el gasto público. A partir de 2016 se prevé un crecimiento económico mayor, sustentado en el fortalecimiento del mercado interno, ya que la actividad comercial, de acuerdo con la Asociación Nacional de Tiendas de Autoservicio y Departamentales, se incrementó a un ritmo anual de 5.6% durante el primer cuatrimestre de 2015, el mayor aumento en este periodo desde 2012.

Cuadro I.5.
Supuestos de proyecciones financieras de corto plazo, 2001-2020
 (% variación anual, promedios del periodo/año)

Años	2001-2013	2007-2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Producción industrial de EE.UU. ^{1/}	0.98	0.98	4.11	3.80	3.20	3.20	3.00	2.80	2.80
Producto Interno Bruto ^{2/}	2.13	2.07	2.12	2.2 - 3.2	3.80	3.73	3.73	3.73	3.73
Empleo en el IMSS ^{3/}	2.29	2.88	3.54	3.51	3.07	3.07	2.88	2.68	2.68
Salario base nominal ^{4/}	5.77	4.48	4.47	3.36	3.71	3.74	3.25	3.25	3.25
Inflación ^{5/}	4.44	4.24	4.02	3.19	3.46	3.49	3.00	3.00	3.00
Salario base real ^{6/}	1.27	0.24	0.43	0.17	0.25	0.25	0.25	0.25	0.25
Ingreso obrero-patronal real ^{7/}	N.D.	3.00	2.65	3.46	3.32	3.32	3.13	2.93	2.93

^{1/} Producción industrial de EE. UU. del periodo de 2001 a 2014 de la Reserva Federal de EE. UU. Para la expectativa de crecimiento de la producción industrial de EE. UU. del periodo de 2015 a 2020, Blue Chip Economic Indicators, Top Analyst's Forecast of the U.S. Economic Outlook for the Year Ahead, Vol. 40, No. 3, marzo 10, 2015

^{2/} Producto Interno Bruto del periodo de 2001 a 2014 del Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Para la expectativa de crecimiento económico de 2015 se considera el boletín de prensa emitido por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP) el 21 de mayo; para 2016 se considera lo establecido en los Precriterios Generales de Política Económica, y para el periodo 2017-2020, Banco de México

^{3/} Empleo en el IMSS del periodo de 2001 a 2014 refiere a trabajadores asegurados de los registros del IMSS. Para la expectativa de crecimiento del empleo en el IMSS de 2015 se considera la meta de la Ley de Ingresos de la Federación. Debido a que la SHCP mantiene pronósticos más favorables y a que la producción industrial de EE. UU. es un buen referente para el empleo en el IMSS, para el periodo de 2016 a 2020 se utiliza una elasticidad entre el empleo y la producción industrial de EE. UU. de 0.96

^{4/} Salario base nominal del periodo de 2001 a 2014 refiere al salario de asegurados de los registros del IMSS. Para la expectativa de crecimiento del salario de 2015 se considera la meta de la Ley de Ingresos de la Federación.

^{5/} Índice Nacional de Precios al Consumidor del periodo de 2001 a 2014 del Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Para la expectativa de inflación de 2015 y 2016 se considera la establecida en los Precriterios Generales de Política Económica. Para 2017, cifras de Banco de México; de 2018 a 2020, los Criterios Generales de Política Económica correspondientes al ejercicio fiscal 2015, SHCP

^{6/} La expectativa de crecimiento del salario real de 2015 con base en salario base nominal e inflación. Para el periodo de 2016 a 2020, estimaciones con base en el promedio de las variaciones anuales observadas del salario real del periodo de 2010 a 2014

^{7/} Ingresos por cuotas obrero-patronales del periodo de 2007 a 2014 de los registros del IMSS. Para la expectativa de crecimiento real de los ingresos por cuotas obrero-patronales de 2015, se considera la meta de la Ley de Ingresos de la Federación. Para el periodo de 2015 a 2020, estimaciones con base en las premisas. Excluye IMSS patrón.

Fuente: IMSS

En el año 2014 el registro del empleo observado en el IMSS fue de 3.54%, es decir, mayor en 0.92 décimas que la estimación para ese año en el Informe anterior, por lo que en concordancia con ese resultado, se estima que para el 2015 el crecimiento será de 3.51%. Dicho efecto sería posible gracias a que en 2014 se registraron poco más de 714 mil empleos formales. Este crecimiento en el empleo es el segundo mayor desde 1997, sólo por debajo de 2010 (732,379).

Resultados con base en las proyecciones del cierre de 2015

En el escenario de corto plazo que considera la operación actual del Instituto, se proyecta que al final de 2015 los ingresos llegarán a 522,129 millones de pesos (cuadro I.6); mientras que el gasto podría llegar a 524,187 millones de pesos en los diversos capítulos que lo componen, generando un déficit de 2,058

millones de pesos antes del incremento de reservas, y un déficit de 13,399 millones de pesos después de la acumulación de las reservas y Fondo Laboral, más 352 millones de pesos por los intereses restringidos de la Reserva de Operación para Contingencias y Financiamiento. El faltante de 13,757 millones de pesos será cubierto con las autorizaciones correspondientes, con recursos de la Reserva Financiera y Actuarial del Seguro de Enfermedades y Maternidad. Este uso de reservas es menor al aprobado por el H. Consejo Técnico e incluido en el presupuesto para este año.

Para el periodo 2015 a 2020, el crecimiento de la nómina del Régimen de Jubilaciones y Pensiones continuará siendo el mayor reto que enfrenta el Instituto, ya que si bien se han realizado esfuerzos importantes para contener este comportamiento –tales como las reformas a la Ley del Seguro Social en 2004 y los cambios al Contrato Colectivo de Trabajo en 2005

Cuadro I.6.
Flujo de efectivo: cierre 2014, presupuesto 2015 y proyecciones de cierre 2015-2020, considerando el incremento
estimado en ingresos y gastos 2015
(millones de pesos de 2015)

Concepto	2014	PEF 2015	Cierre 2015	2016	2017	2018	2019	2020
Ingresos (1)	497,353	492,989	522,129	550,361	579,044	607,047	636,341	665,577
Ingresos de Ley	306,875	316,865	316,765	327,009	337,281	347,321	357,035	366,856
Cuotas obrero-patronales	236,193	243,483	243,383	251,272	259,115	266,782	274,201	281,663
Aportaciones del Gobierno Federal	70,682	73,382	73,382	75,737	78,166	80,539	82,833	85,193
Productos financieros	7,867	5,609	6,842	8,005	8,425	8,149	8,639	9,096
Otros ingresos	4,509	4,451	4,455	4,662	4,827	5,005	5,176	5,331
Otros	1,344	761	1,382	776	778	792	803	798
Derivados de Cuotas	3,165	3,073	3,073	3,172	3,274	3,373	3,469	3,568
Comisiones por la administración de PCP	-	616	-	714	776	840	903	965
Aportación de los trabajadores al Fondo de Jub	1,827	1,603	1,701	1,599	1,510	1,412	1,301	1,197
Adeudo del Gobierno Federal	1,548	1,604	756	1,423	1,021	-	-	-
Pensiones en curso de pago	174,727	162,858	191,609	207,664	225,980	245,161	264,190	283,097
Egresos (2)	497,636	500,427	524,187	553,448	583,045	617,693	649,512	680,820
Servicios de personal	157,058	161,944	158,811	164,824	168,614	173,027	177,544	182,284
Régimen de Jubilaciones y Pensiones	59,773	64,948	62,948	66,855	71,607	76,002	80,033	83,301
Subsidios, ayudas, indemnizaciones y pensiones temporales y provisionales	15,681	15,304	15,530	16,146	16,331	16,928	17,287	17,657
Sumas aseguradas	9,566	9,606	10,692	11,182	11,464	13,011	14,198	15,480
Inversión física	2,483	5,779	5,471	4,350	4,350	4,350	4,350	4,350
Materiales y suministros	49,564	51,494	49,234	50,348	51,927	53,824	55,807	57,877
Servicios generales	33,440	33,504	35,565	37,006	37,368	39,665	40,130	40,607
Operaciones ajenas	-4,637	-5,010	-5,674	-4,926	-4,594	-4,276	-4,028	-3,832
Pensiones en curso de pago	174,708	162,858	191,609	207,664	225,980	245,161	264,190	283,097
Excedente (déficit) (3)=(1)-(2)	-283	-7,438	-2,058	-3,087	-4,001	-10,646	-13,171	-15,244
Incremento en RFA, RGFA y FCOLCLC (4)	12,247	11,844	11,340	12,182	12,065	11,291	11,513	11,857
Excedente (déficit) después de la creación de las reservas (5)=(3)-(4)	-12,530	-19,282	13,399	-15,269	-16,066	-21,937	-24,684	-27,101
Movimientos de la ROCF	-393	-307	-352	-472	-570	-656	-668	-634
Movimientos del FCOLCLC (Subcuenta 1)	-8	-6	-6	-1	-2	-2	-2	-2
Total Uso de Reservas y Fondo	12,957	19,595	13,757	15,742	16,637	1,443	-	-
Uso de la RFA del SEM	12,957	19,595	13,757	15,742	16,637	1,443	-	-
Transferencia entre reservas (6)	12,557	19,282	13,399	15,269	16,066	785	-670	-636
Devolución al Gobierno Federal (7)	19	-	-	-	-	-	-	-
Adeudo IMSS Oportunidades (8)	8	-	-	-	-	-	-	-
Diferencia contraprestación IMSS/Banorte (9)	-	-	-	-	-	-	-	-
Saldo en RO después de transferencias (7)=(5)+(6)+(7)+(8)+(9)	-	-	-	-	-	-21,152	-25,354	-27,737

Nota: Las proyecciones no consideran los pasivos contingentes por juicios fiscales
Fuente: Dirección de Finanzas, IMSS.

y 2008¹¹– persiste el pasivo laboral. Para el cierre de 2015, se tiene proyectado que la nómina del Régimen de Jubilaciones y Pensiones mostrará un crecimiento en el gasto de 5.3% real con respecto al año anterior; sin embargo, para el periodo correspondiente de 2015-2020, se estima un incremento promedio anual de 5.7% real.

Para el gasto en inversión física resulta de suma importancia fortalecer y ampliar la cobertura de los servicios de salud a través de la modernización del equipamiento existente y de la continuidad del Programa de Obras, adquisición de equipo médico, informático, oncológico, de imagenología y resonancia. Para el periodo 2015-2020, se estima un monto de inversión de 27,219 millones de pesos

Para respaldar la estrategia de infraestructura médica, es necesario satisfacer las necesidades de cobertura de las plantillas relacionadas a obras médicas terminadas, así como de construcción, ampliación y remodelación de unidades médicas, y mantener el nivel de operación en las condiciones actuales. Por lo anterior, para los años de 2016 y 2017 se estima un déficit después de la acumulación de reservas y fondos de 15,269 y 16,066 millones de pesos de 2015, respectivamente. Para alcanzar el equilibrio financiero, en 2016 y 2017 se utilizará la Reserva Financiera y Actuarial del Seguro de Enfermedades y Maternidad. La proyección de ingresos y gastos para 2018 registra un déficit de 21,152 millones de pesos, mismo que sería cubierto parcialmente con el saldo de la Reserva Financiera y Actuarial del Seguro de Enfermedades y Maternidad, misma que se agotaría en tal año.

Los resultados obtenidos en 2014 y proyectados para el corto plazo mejoran las expectativas de suficiencia financiera para el Instituto, comparada con la que se mostró en Informes anteriores. Este resultado

refleja el esfuerzo de la actual Administración por dar continuidad a la viabilidad del Instituto. En el Informe 2011-2012 se esperaba que la sustentabilidad financiera del IMSS fuera hasta 2014, y hasta 2016, en el Informe 2013-2014. La gráfica I.8 muestra el comparativo de cómo se ha incrementado el número de años en los que el IMSS observará equilibrio en su situación financiera.

A partir de la implementación de la estrategia integral de saneamiento financiero y operativo en la Administración actual, el replanteamiento de las proyecciones financieras mejoran las perspectivas a corto plazo. Se estima que el uso de reservas al cierre de 2015 para la operación del Instituto será de 13,757 millones de pesos, monto inferior a los 19,595 millones de pesos aprobados por el H. Consejo Técnico en el Presupuesto 2015. De tal forma que el comportamiento que se proyecta mantiene la viabilidad financiera del Instituto tres años más que los que se estimaban en el Informe sobre la Situación Financiera y los Riesgos del Instituto presentado al Ejecutivo Federal y al Congreso para el periodo 2011-2012 (gráfica I.9).

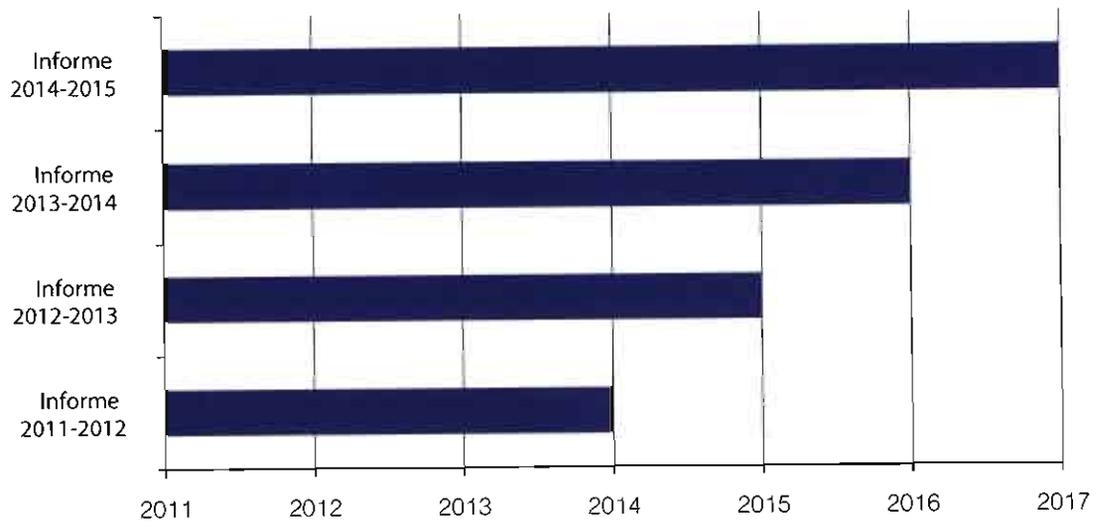
I.4.4. Proyecciones financieras de largo plazo

Las proyecciones financieras de largo plazo complementan y amplían las proyecciones de corto plazo presentadas en la sección previa. Estas proyecciones se extienden hacia el año 2050, aplicando las hipótesis demográficas y financieras que se detallan en el cuadro I.7.

La proyección de largo plazo de la situación financiera global del Instituto se calcula para cada uno de los seguros que administra el IMSS y sirve de base para el cálculo de las primas de equilibrio que se abordan en los Capítulos V y VI del Seguro de

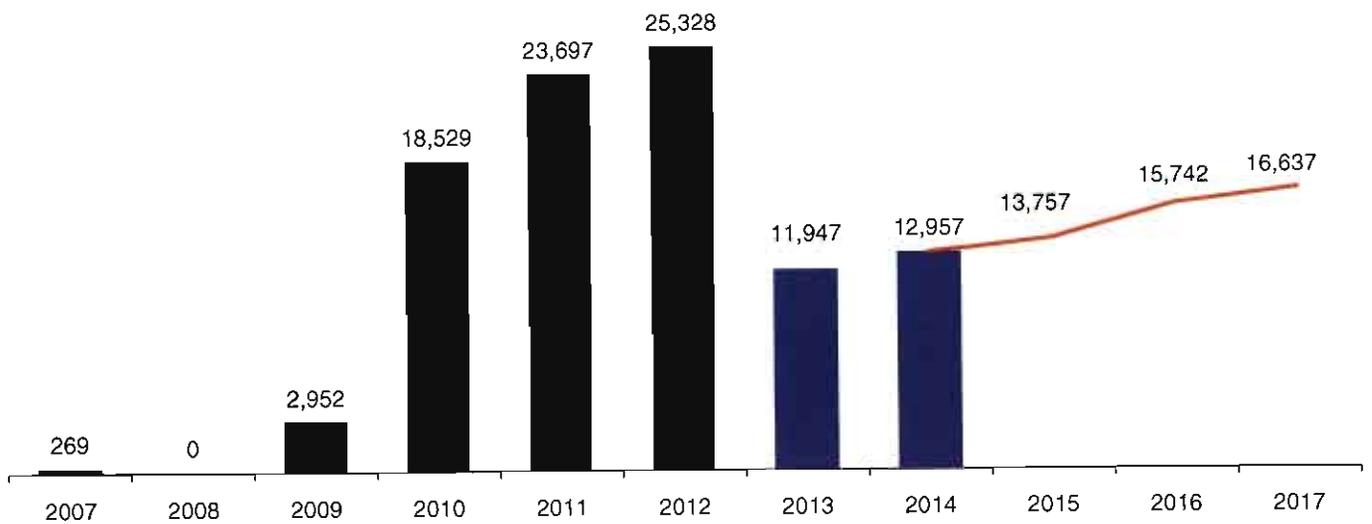
¹¹ Ver Capítulo X para más detalles

Gráfica I.8.
Suficiencia Financiera del IMSS, Informes al Ejecutivo de 2011 a 2015



Fuente: Dirección de Finanzas, IMSS

Gráfica I.9.
Uso de reservas y Fondo, y Proyecciones 2015
 (millones de pesos de 2015)



Fuente: Dirección de Finanzas, IMSS.

Cuadro I.7.
Principales supuestos en las proyecciones de flujo de efectivo, 2021-2050

Concepto	2021	2025	2030	2035	2040	2045	2050
Crecimiento de trabajadores asegurados ^{1/} (%)	2.79	0.83	0.56	0.31	0.10	0.02	0.02
Crecimiento real de salarios de cotización (%)	0.47	0.67	0.80	0.80	0.80	0.80	1.00
Días cotizados (promedio)	343	343	343	343	343	343	343
Pago a segundo mes (% promedio)	98.93	98.93	98.93	98.93	98.93	98.93	98.93
Crecimiento real de salarios mínimos (%)	0.17	0.37	0.50	0.50	0.50	0.50	0.50
Crecimiento de salario nominal IMSS (%)	4.19	4.08	4.03	4.03	4.03	4.03	4.03

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

Fuente: Dirección de Finanzas, IMSS.

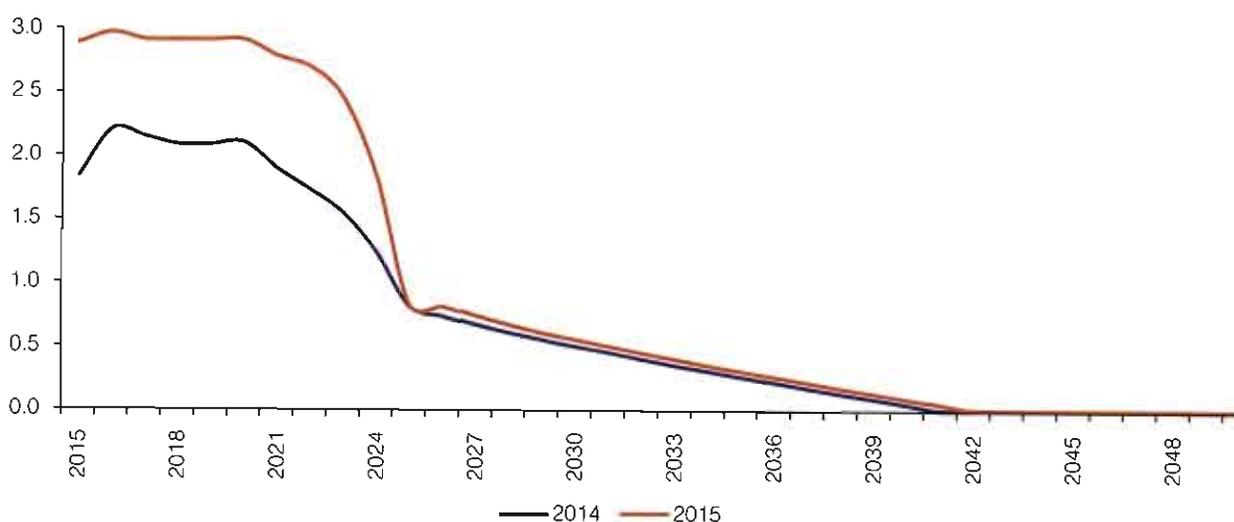
Enfermedades y Maternidad, y el Seguro de Guarderías y Prestaciones Sociales, respectivamente.

Comentarios sobre los supuestos de proyección de largo plazo

En comparación con el Informe anterior, la expectativa de aumento de trabajadores asegurados de este ejercicio es mayor hasta el año 2024, ya que se mantiene la tendencia creciente prevista en las proyecciones financieras de corto plazo (sección I.4.3),

con objeto de que la transición en el comportamiento de esta variable entre el corto y el largo plazo no observe cambios abruptos. A partir de ese año, la diferencia entre las dos tasas de crecimiento definidas en 2014 y en 2015 va disminuyendo progresivamente, siendo el periodo de menor diferencia de 2025 a 2041. De 2042 en adelante se homologan los crecimientos previstos en ambos ejercicios, con los estimados para la población económicamente activa que proyecta el Consejo Nacional de Población hacia el año 2050 (gráfica I.10).

Gráfica I.10.
Crecimiento de Trabajadores Asegurados para el periodo 2015-2050, Informes al Ejecutivo 2014 y 2015



Fuente: Dirección de Finanzas

Situación actual del IMSS

En términos generales, la proyección de 2021 a 2050 de la situación financiera del IMSS contempla un crecimiento sostenido de los ingresos propios y una expectativa de mejoras graduales en la productividad y la eficiencia en la administración de los recursos.

Los resultados que se presentan en el cuadro I.8 parten de un escenario en el que se asume que los ingresos y los gastos de cada seguro aumentan en el periodo 2015-2050 en concordancia con los supuestos a los que se hizo mención en los cuadros I.5 y I.7, lo cual significa que se mantiene la tendencia en la trayectoria financiera del Instituto. De este cuadro se observa que en todo el periodo de proyección los egresos del IMSS serán mayores a sus ingresos, por lo que se hará necesario seguir utilizando las reservas de que pueda disponer el Instituto, de conformidad con lo estipulado en la Ley del Seguro Social.

Se estima que la suficiencia de la reserva del Seguro de Enfermedades y Maternidad se mantendrá hasta el año 2017, con lo que se busca llevar al Instituto a un uso sostenible de sus reservas en el mediano plazo (cuadro I.8).

En comparación con el Informe del año anterior, los resultados financieros mostrados en el cuadro I.8 muestran un déficit menor desde los primeros años de proyección (2015-2020), lo cual se explica por un mayor crecimiento de los ingresos para este periodo, equivalente a 5%, en promedio anual, que es superior en un punto porcentual al registrado en el Informe del

ejercicio anterior; no obstante, el crecimiento de los gastos observó una diferencia de 7 décimas, lo que refleja una mayor suficiencia de ingresos respecto a los gastos, situación que se conserva para el largo plazo.

La expectativa de mayores ingresos esperados es consecuencia de un crecimiento superior de trabajadores asegurados previsto para el informe de este año, el cual supera al del ejercicio anterior en 0.3% en promedio, en cada año, durante el periodo 2015-2041.

La proyección de los ingresos institucionales por concepto de cuotas obrero-patronales, y de aportaciones del Gobierno Federal, depende tanto de las hipótesis de crecimiento de salarios de cotización, como de los salarios mínimos y de los trabajadores asegurados. De tal forma que la disminución en la tasa de incremento de trabajadores asegurados que se estima para el periodo 2025 al 2042 tiene como consecuencia un efecto similar en el volumen de ingresos. Lo anterior se observa en la gráfica I.10.

Comparación de los resultados del Informe actual y del Informe anterior

El cuadro I.9 muestra la situación financiera que se estimó en el Informe pasado para los cinco seguros en el periodo 2014-2050 medida en valor presente, y se compara con la que se estima actualmente para el periodo 2015-2050¹². Los resultados por seguro están expresados en pesos de 2014 y de 2015 respecto al Producto Interno Bruto estimado para 2014 y 2015¹³.

¹² Para el cálculo del valor presente se considera una tasa de descuento de 3% anual

¹³ Para fines de comparación se considera el Producto Interno Bruto de 2014 estimado igual a 17'591,800 millones de pesos y el Producto Interno Bruto estimado para 2015 es de 18'317,600 millones de pesos, de acuerdo con los Criterios Generales de Política Económica 2015. El Producto Interno Bruto registrado al cuarto trimestre de 2014 por el sistema de cuentas nacionales de México del Instituto Nacional de Estadística y Geografía fue de 17'810,957 millones de pesos.

Cuadro I.8.
Presupuesto 2015 y proyecciones de flujo de efectivo 2016-2050^{1/}, ^{2/}
(millones de pesos de 2015)

Concepto	Ppto	Cierre											
	2015 ^{2/}	2015 ^{3/}	2016	2017	2018	2019	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050
Ingresos (1)	492,989	522,129	550,361	579,044	607,047	636,341	665,577	802,755	919,520	1,043,754	1,140,876	1,151,706	1,121,978
Cuotas obrero-patronales	243,483	243,383	251,272	259,115	266,782	274,201	281,663	322,523	345,569	367,017	385,472	401,672	419,211
Aportaciones del Gobierno Federal	73,382	73,382	75,737	78,166	80,539	82,833	85,193	94,631	97,898	99,913	100,838	100,972	101,064
Otros ingresos ^{4/}	11,663	12,054	14,090	14,273	13,153	13,815	14,427	17,334	21,463	26,090	31,568	38,089	46,108
Pensiones en curso de pago	162,858	191,609	207,664	225,980	245,161	264,190	283,097	367,464	454,184	550,680	622,979	610,963	555,589
Otros ^{5/}	1,603	1,701	1,599	1,510	1,412	1,301	1,197	802	406	54	19	10	6
Egresos (2)	500,427	524,187	553,448	583,045	617,693	649,512	680,820	823,243	971,240	1,122,114	1,244,382	1,281,351	1,273,070
Servicios de personal	161,944	158,811	164,824	168,614	173,027	177,544	182,284	210,243	241,412	278,166	321,300	371,117	428,788
Régimen de Jubilaciones y Pensiones	64,948	62,948	66,855	71,607	76,002	80,033	83,301	90,051	100,386	102,933	95,982	86,275	72,217
Subsidios y ayudas	12,864	12,864	13,051	13,240	13,431	13,626	13,823	15,354	15,885	16,212	16,362	16,383	16,398
Pensiones temporales y provisionales	1,505	1,731	2,130	2,096	2,470	2,602	2,741	3,460	4,651	5,585	6,462	7,196	7,533
Indemnizaciones y laudos	935	935	965	995	1,027	1,059	1,093	1,252	1,341	1,424	1,496	1,559	1,627
Sumas aseguradas	9,606	10,692	11,182	11,464	13,011	14,198	15,480	26,872	39,388	49,529	59,858	65,768	66,979
Inversión física	5,779	5,471	4,350	4,350	4,350	4,350	4,350	4,350	4,350	4,350	4,350	4,350	4,350
Materiales y suministros	51,494	49,234	50,348	51,927	53,824	55,807	57,877	62,110	64,641	66,249	67,241	68,301	69,504
Servicios generales	33,504	35,565	37,006	37,368	39,665	40,130	40,607	45,199	47,016	48,321	49,140	49,604	50,086
Pensiones en curso de pago	162,858	191,609	207,664	225,980	245,161	264,190	283,097	367,464	454,184	550,680	622,979	610,963	555,589
Otros gastos ^{6/}	-5,010	-5,674	-4,926	-4,594	-4,276	-4,028	-3,832	-3,112	-2,012	-1,334	-787	-165	-
Excedente (déficit) de operación del año (3)=(1)-(2)	-7,438	-2,058	-3,087	-4,001	-10,646	-13,171	-15,244	-20,488	-51,720	-78,361	-103,506	-129,645	-151,092
Incremento en RFA, RGFA y FCOLCLC (4)	11,844	11,340	12,182	12,065	11,291	11,513	11,857	13,266	15,394	18,255	21,848	26,033	31,577
Excedente (déficit) después de la creación de las reservas (5)=(3)-(4)	-19,282	-13,399	-15,269	-16,066	-21,937	-24,684	-27,101	-33,754	-67,115	-96,615	-125,354	-155,677	-182,670
Movimientos de la ROCF ^{7/}	-307	-352	-472	-570	-656	-668	-634	-397	-403	-409	-414	-421	-427
Movimientos de la Subcuenta 1 del FCOLCLC ^{7/}	-6	-6	-1	-2	-2	-2	-2	-1	-1	-1	-1	-1	-1
Uso del FCOLCLC	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Uso de la RFA del SEM	19,595	13,757	15,742	16,637	1,443	-	-	-	-	-	-	-	-
Transferencia neta entre reservas (6)	19,282	13,399	15,269	16,066	785	-670	-636	-398	-404	-409	-415	-421	-427
Excedente (déficit) en RO después usos y transferencias de reservas (7)=(5)+(6)	-	-	-	-	-21,152	-25,354	-27,737	-34,152	-67,518	-97,025	-125,770	-156,099	-183,097

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

^{2/} Las cifras del período 2015-2020 corresponden a las del cuadro I.6, a partir de las cuales se proyectó el flujo de efectivo para el largo plazo (2021-2050).

^{3/} Presupuesto 2015 del IMSS y Reporte de la Dirección General, diciembre 2014.

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

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

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

^{7/} Corresponde a productos generados durante el año, los cuales se acumulan en la misma reserva, por lo que para efectos de flujo de efectivo se presentan en negativo, toda vez que incrementan el déficit del ejercicio después de la creación de reservas

Fuente: Dirección de Finanzas, IMSS.

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

Tipo de seguro	Informe 2013-2014		Informe 2014-2015	
	Superávit/ déficit acumulado 2014-2050 ^{1/}	% PIB 2014 (PIB estimado)	Superávit/ déficit acumulado 2015-2050 ^{2/}	% PIB 2015 (PIB estimado)
Seguros deficitarios:				
Seguro de Enfermedades y Maternidad	-2,174,769	12.4	-2,192,484	12.0
Asegurados	-716,465	4.1	-722,514	3.9
Pensionados	-1,458,304	8.3	-1,469,970	8.0
Seguro de Salud para la Familia	-206,688	1.2	-212,148	1.2
Seguros superavitarios:				
Seguro de Guarderías y Prestaciones Sociales	5,695	0.0	3,128	0.0
Seguro de Riesgos de Trabajo	272,391	1.5	288,860	1.6
Seguro de Invalidez y Vida	585,514	3.3	654,643	3.6
Total	-1,517,857	8.7	-1,458,001	8.0

^{1/} Cifras expresadas en millones de pesos de 2014

^{2/} Cifras expresadas en millones de pesos de 2015.

Fuente: Dirección de Finanzas, IMSS

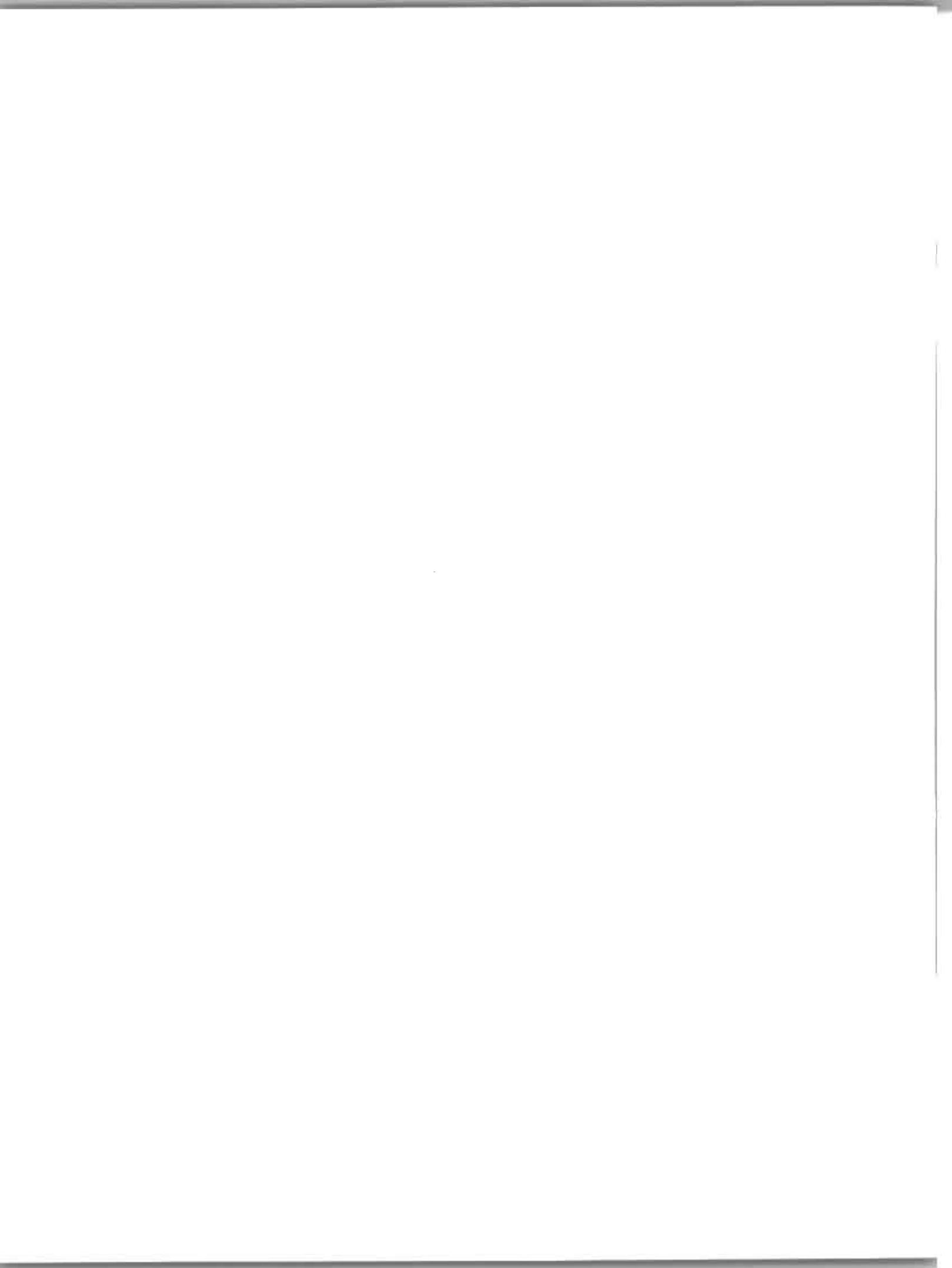
De acuerdo con el Informe anterior, el valor presente del déficit global para el periodo 2014-2050 era de 8.7% del Producto Interno Bruto estimado para 2014; mientras que en el presente, se calcula un déficit de 8% para el periodo 2015-2050, con respecto al Producto Interno Bruto¹⁴.

Este resultado representa un importante avance de la presente Administración, reflejo del esfuerzo que está llevando a cabo el Instituto para contener el gasto e incrementar la productividad. Si bien la base de proyección de ingresos de la que se parte (2015-2020) para realizar las proyecciones de largo plazo es mejor en este Informe respecto al anterior, también hay una marcada tendencia en el control del gasto corriente,

y consecuentemente mejora en la productividad. Lo anterior, como consecuencia de diversas acciones implementadas, tales como la compra consolidada de medicamentos, el inicio del programa de receta resurtible; así como el arrendamiento de ambulancias y otros equipos médicos, entre otras estrategias, que son detalladas en los Capítulos V y XI.

De cualquier forma, el Instituto revisa continuamente y de manera exhaustiva los modelos de proyección financiera y las hipótesis utilizadas en los mismos, a fin de contar con proyecciones que se adapten al entorno económico y demográfico del país, así como a la dinámica institucional.

¹⁴ Bajo esta comparación el denominador de la relación es mayor y se contempla un año menos en el periodo, por lo tanto la relación del déficit contra el Producto Interno Bruto se reduce.



Ingresos y Aseguramiento en el IMSS



El propósito de este capítulo es presentar las principales acciones realizadas en materia de afiliación y recaudación, las cuales se han traducido en niveles de ingreso superiores a las metas previstas; lo anterior, a pesar de que las proyecciones en el crecimiento económico no se han materializado. A lo largo de esta Administración, se ha logrado mejorar la calidad y calidez de los servicios a través de la simplificación y digitalización de trámites y el fomento al cumplimiento de obligaciones, al tiempo que los ingresos obtenidos han contribuido en el saneamiento financiero del Instituto. En poco más de dos años de administración se ha llevado a cabo el proceso más ambicioso de simplificación y digitalización de trámites en la historia del Instituto, así como la implementación de un nuevo modelo integral de fiscalización que gracias al uso de las tecnologías y mejoramiento de procesos ha permitido fortalecer los ingresos.

En el 2014, se superó la meta de ingresos contemplada en la Ley de Ingresos de la Federación en alrededor de 2,300 millones de pesos, pese a que las proyecciones de recaudación para ese año se calcularon con un crecimiento económico de 3.9% y la cifra observada fue de 2.1%. Lo anterior, gracias a la obtención de ingresos extraordinarios por más de 12 mil millones de pesos derivados de una mejor fiscalización y cobranza, así como por la generación de empleo formal afiliado al IMSS que ha llegado a niveles históricos, y continúa superando las expectativas al crecer al doble de velocidad que la economía, por

segundo año consecutivo. Esto es evidencia de un proceso de formalización del empleo sin precedente en el país, asociado a la generación de empleos dignos y a ganancias en productividad laboral. Si bien los resultados son positivos y las acciones implementadas ya comenzaron a rendir frutos, es necesario redoblar esfuerzos para continuar con esta dinámica de mejora continua. Finalmente, y en línea con el desglose pormenorizado de la población adscrita al IMSS presentado en el Informe del año pasado, este año se muestran los avances obtenidos en la consolidación del padrón de derechohabientes, con el objeto de contribuir a la transparencia de la información y aportar al debate sobre los padrones de salud.

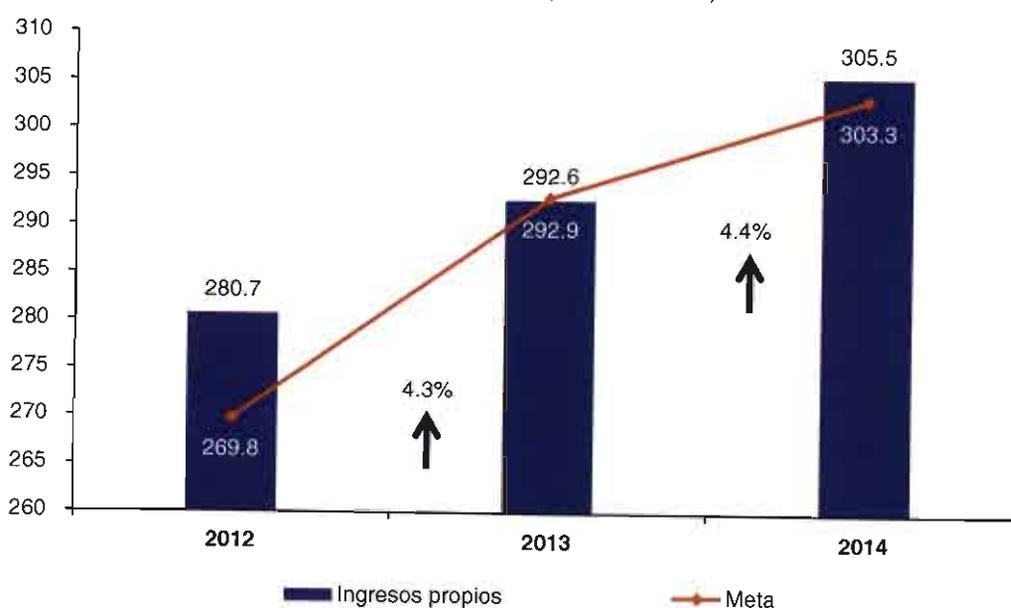
II.1. Ingresos del IMSS

Por segundo año consecutivo, los ingresos propios del IMSS¹⁵ presentaron un comportamiento favorable. En el 2013, pese a que se consideraron supuestos de crecimiento económico para la elaboración de las metas de ingreso superiores a lo observado,

prácticamente se cumplió con la meta de la Ley de Ingresos de la Federación. De la misma manera, en el 2014 se presentó un entorno económico por debajo de lo esperado. A pesar de ello, lo recaudado en el IMSS alcanzó un monto de 305,538 millones de pesos, lo que representó un aumento de 22,789 millones de pesos respecto al nivel alcanzado en el 2013, equivalente a un crecimiento de 4.4% real y 8.1% nominal (gráfica II.1). Esta cifra superó la meta de la Ley de Ingresos de la Federación en 2,278 millones de pesos, cifra que para ponerla en perspectiva equivale a lo que el Instituto invierte en equipo y mobiliario médico, en promedio, en un año.

Esta situación favorable en la recaudación del Instituto es producto de diversos factores, dentro de los que destacan: i) el acelerado proceso de formalización del empleo; ii) la simplificación y digitalización de trámites en materia de afiliación y recaudación, y iii) la implementación de un nuevo modelo integral de fiscalización. A continuación se desarrollan cada uno de estos factores.

Gráfica II.1.
Ingresos propios del IMSS y Meta de la Ley de Ingresos de la Federación, 2012-2014¹⁷
(miles de millones de pesos de 2014)



¹⁷ La meta de recaudación corresponde a la aprobada en la Ley de Ingresos de la Federación.
Fuente: Dirección de Finanzas, IMSS

¹⁵ Los ingresos propios incluyen cuotas obrero-patronales, aportaciones y adeudo del Gobierno Federal, capitales constitutivos, derivados de cuotas, aportaciones de trabajadores al fondo de jubilación, intereses de la Reserva Operativa. Excluye ingresos por uso de reservas

II.1.1. Formalización del empleo

De los ingresos propios del IMSS¹⁶, alrededor de 75% refiere al pago de las cuotas obrero-patronales. Esta recaudación está en función de la evolución del empleo afiliado y del salario base de cotización, fenómenos, a su vez, asociados a los ciclos económicos.

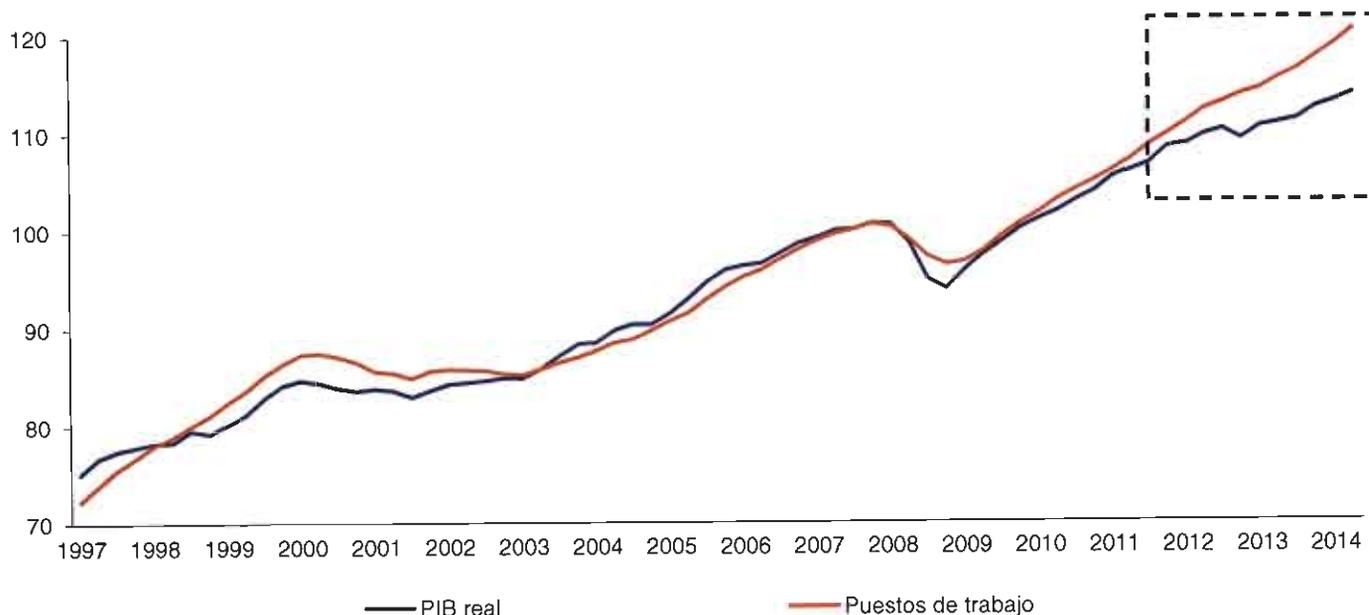
En México, tradicionalmente la relación entre la creación de empleos formales y el crecimiento económico, medido con base en el Producto Interno Bruto (PIB) del país, era uno a uno (elasticidad empleo-producto igual a la unidad). Esto es, un crecimiento de 1% en el PIB incrementaba la afiliación del IMSS en el mismo porcentaje, equivalente a una creación neta de alrededor de 175 mil empleos¹⁷. Sin embargo, a partir del año 2013 esta brecha empleo-producto se amplió significativamente. Por segundo año consecutivo, la afiliación al IMSS creció al doble de velocidad que la economía, lo que evidencia un

proceso de formalización del empleo sin precedente (gráficas II.2 y II.3).

En el 2013, la creación de empleos formales en el IMSS fue de 463,018 puestos, una tasa de 2.9%, mientras que la economía creció a 1.4% (una razón de 2.1). En el 2014, se generaron 714,526 empleos, una tasa de 4.3%, mientras que la economía creció a 2.1% (una razón de 2.0). Este crecimiento en el 2014 es histórico, siendo el segundo mayor aumento reportado desde 1997, sólo por debajo de la creación de 732,379 empleos observada en 2010 que fue un año de recuperación después de la crisis de 2009.

Este buen comportamiento en el empleo formal se mantiene en lo que va del año 2015. Durante el primer cuatrimestre de este año se crearon 363,728 empleos, 51,422 puestos o 16.5% más que lo observado en el primer cuatrimestre de 2014 (312,306). Más aún, mientras que el crecimiento anual del PIB en el primer

Gráfica II.2.
Producto Interno Bruto real y puestos de trabajo registrados en el IMSS, 1997-2014¹⁷
(Índice base 2008=100, cifras trimestrales)

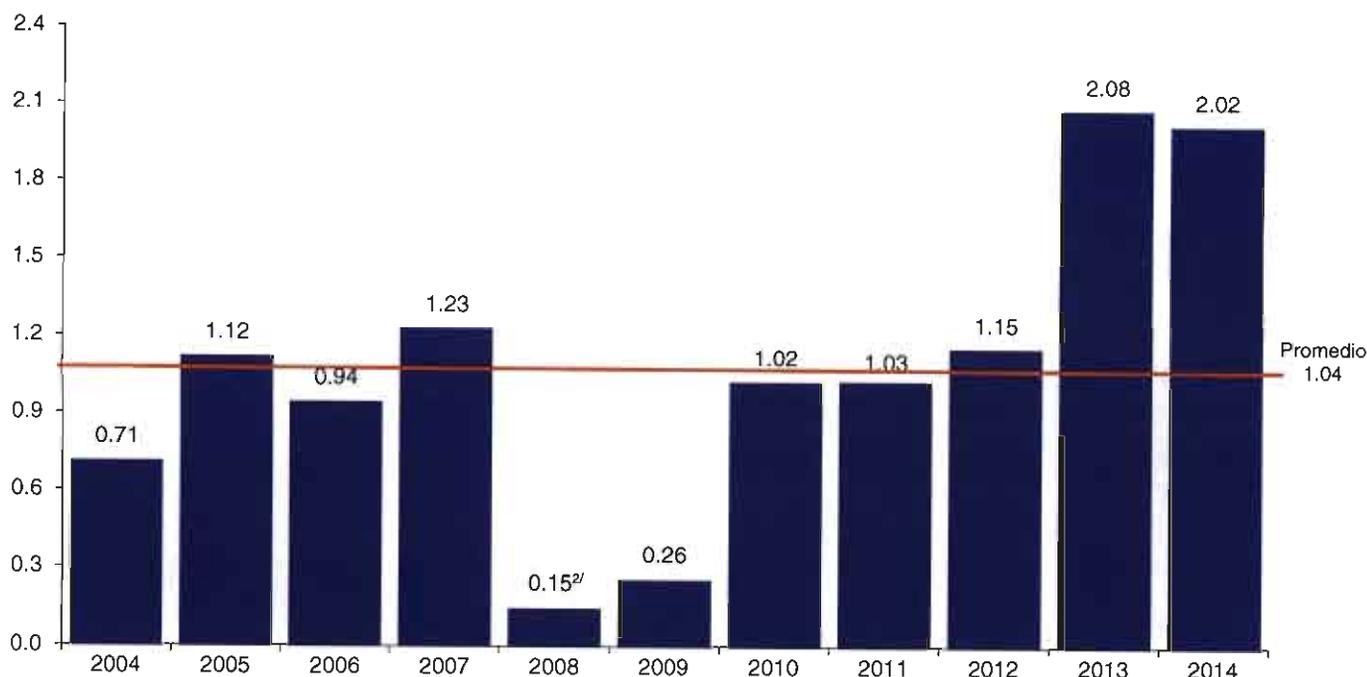


¹⁷ PIB: Producto Interno Bruto (base 2008) y puestos de trabajo refiere a cierre de trimestre, con cifras del tercer trimestre de 1997 al cuarto trimestre de 2014. Fuente: Dirección de Incorporación y Recaudación, y Unidad de Planeación Estratégica Institucional, IMSS

¹⁶ Los ingresos propios incluyen cuotas obrero-patronales, aportaciones y adeudo del Gobierno Federal, capitales constitutivos, derivados de cuotas, aportaciones de trabajadores al fondo de jubilación, intereses de la Reserva Operativa y otros. Excluye ingresos por uso de reservas

¹⁷ Cálculo utilizando el empleo asegurado al IMSS al cierre de 2014

Gráfica II.3.
Elasticidad entre los puestos de trabajo registrados en el IMSS y el Producto Interno Bruto real, 2004-2014^{1/}



^{1/} La elasticidad empleo-producto se mide como la razón de la variación anual de diciembre de cada año del empleo en el IMSS y la variación anual promedio del Producto Interno Bruto (base 2008), con cifras del primer trimestre de 2003 al cuarto trimestre de 2014

^{2/} Cifras en valores absolutos

Fuente: Dirección de Incorporación y Recaudación, y Unidad de Planeación Estratégica Institucional, IMSS

trimestre de 2015 se situó en 2.5%, al cierre de ese mismo trimestre el empleo asegurado en el IMSS creció a una tasa anual de 4.5%.

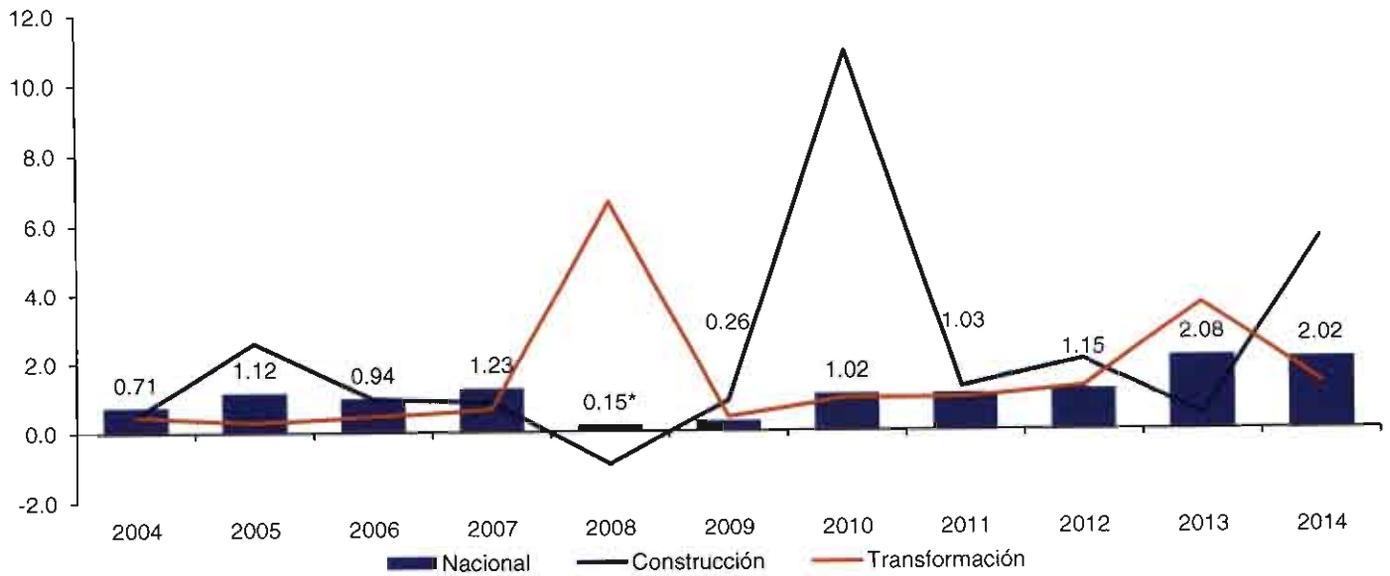
Los sectores que destacan en esta situación favorable en la afiliación reportada desde el 2013 son las industrias de la transformación y de la construcción. En el 2013, el sector de manufacturas presentó una elasticidad empleo-producto de 3.6. Esto es, mientras que la producción en manufacturas registró un aumento anual real de poco más de 1% en promedio en el 2013, los puestos de trabajo en dicho sector aumentaron en cerca de 3.8% al cierre de ese año. Aunado a lo anterior, esta industria tiene la mayor participación en la afiliación total del IMSS, con 26.1%.

En el 2014, es la industria de la construcción la que presenta la elasticidad más alta, de 5.5. Esto es, mientras que la producción en este sector

registró un aumento anual real de más de 1.9% en promedio en el 2014, los puestos de trabajo afiliados al Instituto aumentaron en cerca de 10.7% al cierre de ese año. La industria de la construcción tiene una participación de 8.1% en la afiliación total del IMSS (gráficas II.4 y II.5).

Este fenómeno de formalización del empleo refiere a plazas de tipo permanente, asociadas a mejores salarios y a contratos indeterminados con mayor permanencia en el IMSS. A partir del año 2013, este empleo permanente reporta una elasticidad superior a la unidad, de 2.1 en el 2013 y de 1.7 en el 2014. Este ligero ajuste a la baja en el último año se debe, en parte, al buen comportamiento del sector construcción en ese año, que como se discute más adelante se asocia a empleo eventual (gráfica II.6).

Gráfica II.4.
Elasticidad entre los puestos de trabajo registrados en el IMSS y el Producto Interno Bruto real por sector económico^{1/}

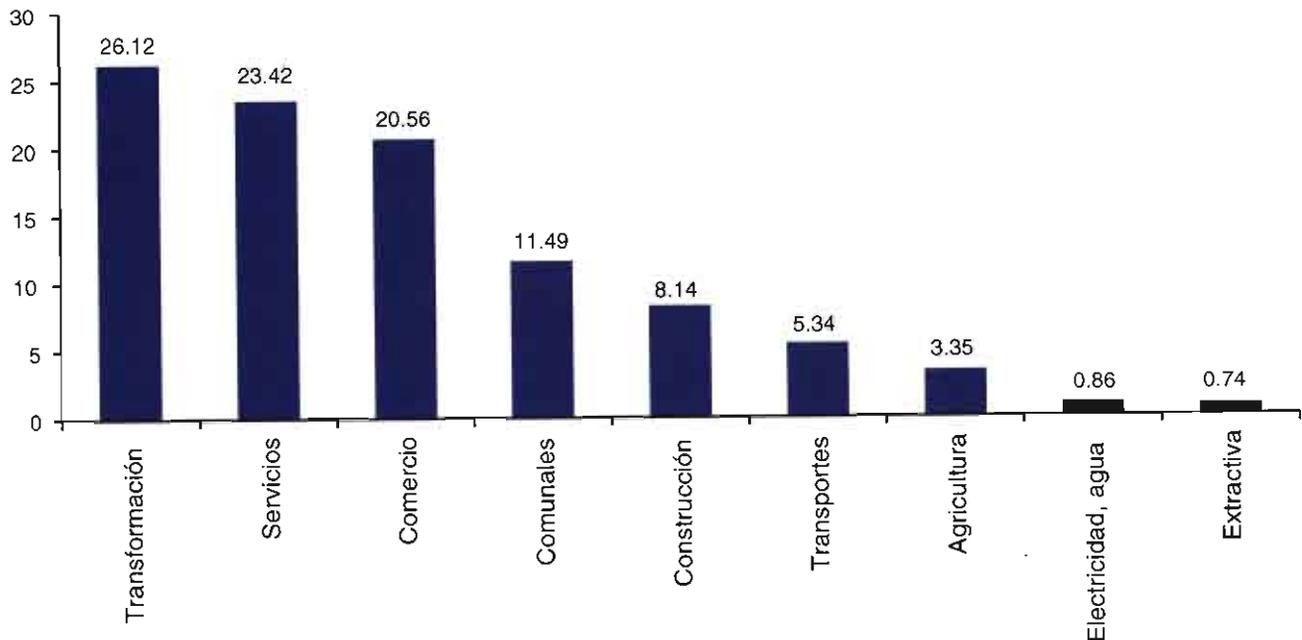


^{1/} La elasticidad empleo-producto se mide como la razón de la variación anual de diciembre de cada año del empleo en el IMSS por sector económico y la variación anual promedio del Producto Interno Bruto por sector económico (base 2008), con cifras del primer trimestre de 2003 al cuarto trimestre de 2014. En casos donde la variación anual de diciembre del empleo en el IMSS es positiva y la variación anual del Producto Interno Bruto es negativa, la elasticidad se presenta en valores absolutos. Esto se presentó en el sector de la construcción en 2013 cuando la producción en dicha industria cayó en 4.8%, y los empleos aumentaron en 2%.

* Cifras en valores absolutos.

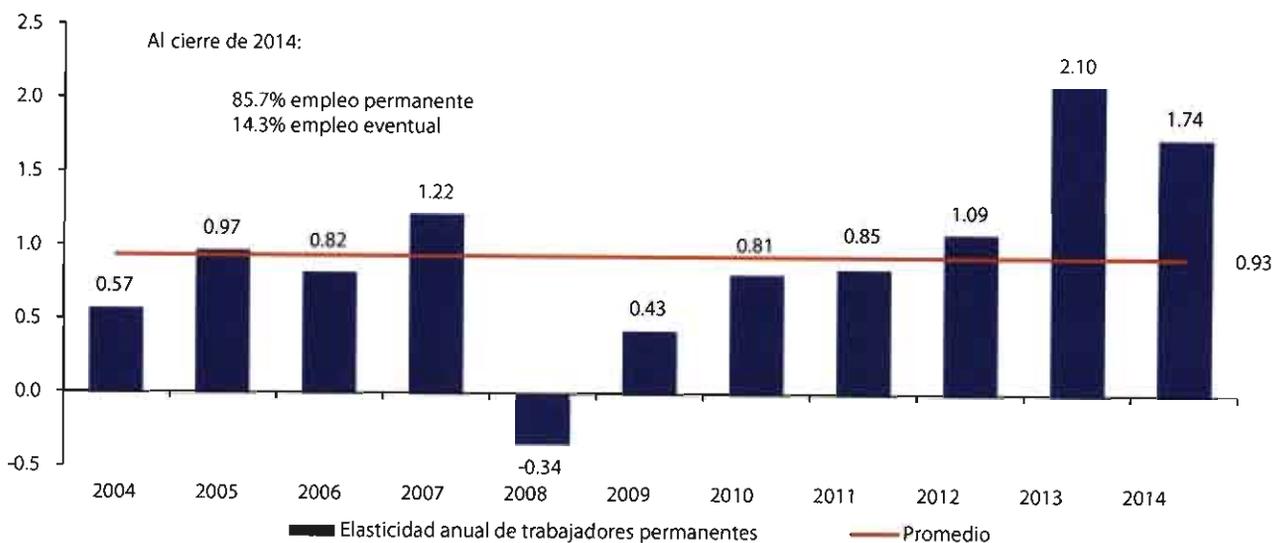
Fuente: Dirección de Incorporación y Recaudación, y Unidad de Planeación Estratégica Institucional, IMSS

Gráfica II.5.
Distribución de los puestos de trabajo registrados en el IMSS por sector económico, 2014
 (porcentajes, cifras al cierre de año)



Fuente: Dirección de Incorporación y Recaudación, IMSS

Gráfica II.6.
Elasticidad entre los puestos de trabajo registrados en el IMSS y el Producto Interno Bruto real por tipo de empleo¹⁷



¹⁷ La elasticidad empleo-producto se mide como la razón de la variación anual de diciembre de cada año del empleo en el IMSS por tipo de empleo y la variación anual promedio del Producto Interno Bruto a nivel nacional (base 2008), con cifras del primer trimestre de 2003 al cuarto trimestre de 2014. Fuente: Dirección de Incorporación y Recaudación, y Unidad de Planeación Estratégica Institucional, IMSS

Adicional al crecimiento favorable de las plazas permanentes, son los rangos salariales altos, de más de 6 y hasta 8 salarios mínimos del Distrito Federal y de más de 20 salarios mínimos, los que han impulsado la formalización del empleo. Estos rangos, en 2013 y 2014, presentan las elasticidades más altas, por encima de los niveles nacionales (gráficas II.7 y II.8).

Asimismo, se observa que son las empresas grandes las que más han impulsado la formalización laboral, mostrando las elasticidades más altas. En el 2013, son las empresas de más de 500 trabajadores las que presentan elasticidades empleo-producto por arriba de 2.9. En el 2014, además de las empresas de más de 500 trabajadores, las empresas de 251 a 500 trabajadores alcanzan una elasticidad alta de 2.6 (gráficas II.9 y II.10).

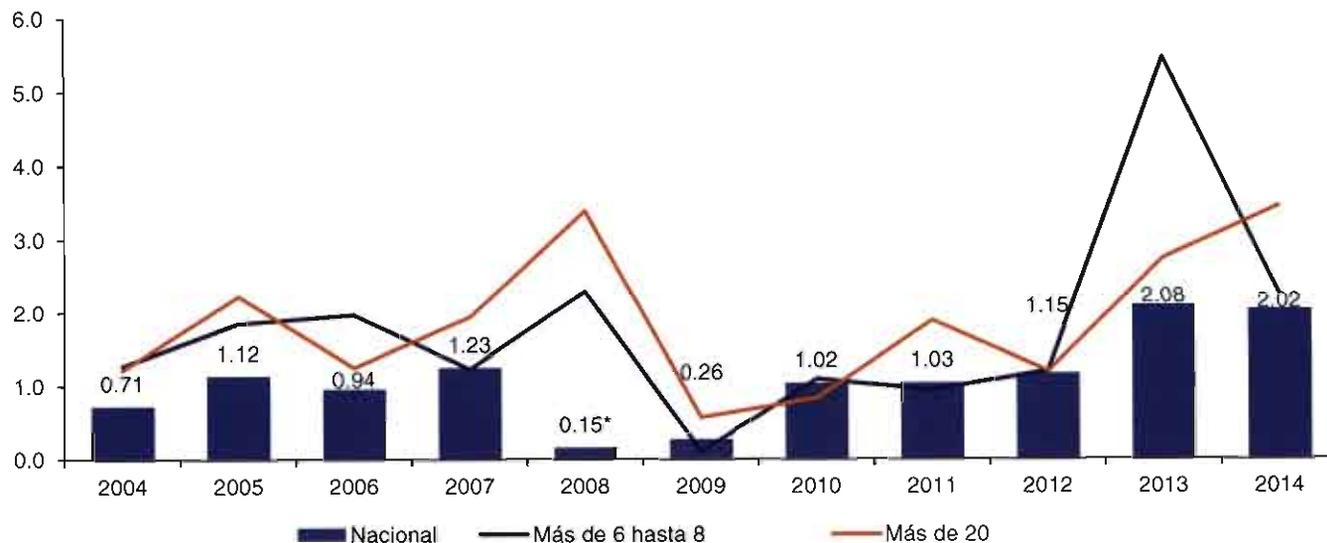
Finalmente, y como se detallará más adelante en la sección II.2, son las regiones del bajo y algunas entidades fronterizas donde mejores resultados se han presentado en términos de generación de empleo formal en los últimos dos años.

En este proceso de formalización del empleo destacan también las acciones llevadas a cabo por el Gobierno Federal, como el programa Crezcamos Juntos, con el cual se generan incentivos para que los trabajadores transiten de la informalidad al sector formal de la economía. Este esquema entró en vigor el 1° de julio de 2014, de tal manera que todos los patrones y trabajadores que forman parte del Régimen de Incorporación Fiscal pueden gozar de un subsidio para el pago de sus cuotas por un periodo de hasta 10 años.

Este programa y acciones de promoción son dirigidas por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP), ya que involucra a diversas entidades: Servicio de Administración Tributaria (SAT), IMSS, Instituto del Fondo Nacional de la Vivienda para los Trabajadores (INFONAVIT), instituciones de banca de desarrollo y el Instituto Nacional del Emprendedor (INADEM). Por parte del IMSS, las principales acciones llevadas a cabo son:

Gráfica II.7.

Elasticidad entre los puestos de trabajo registrados en el IMSS y el Producto Interno Bruto real por rango salarial en número de veces el salario mínimo del Distrito Federal¹⁷



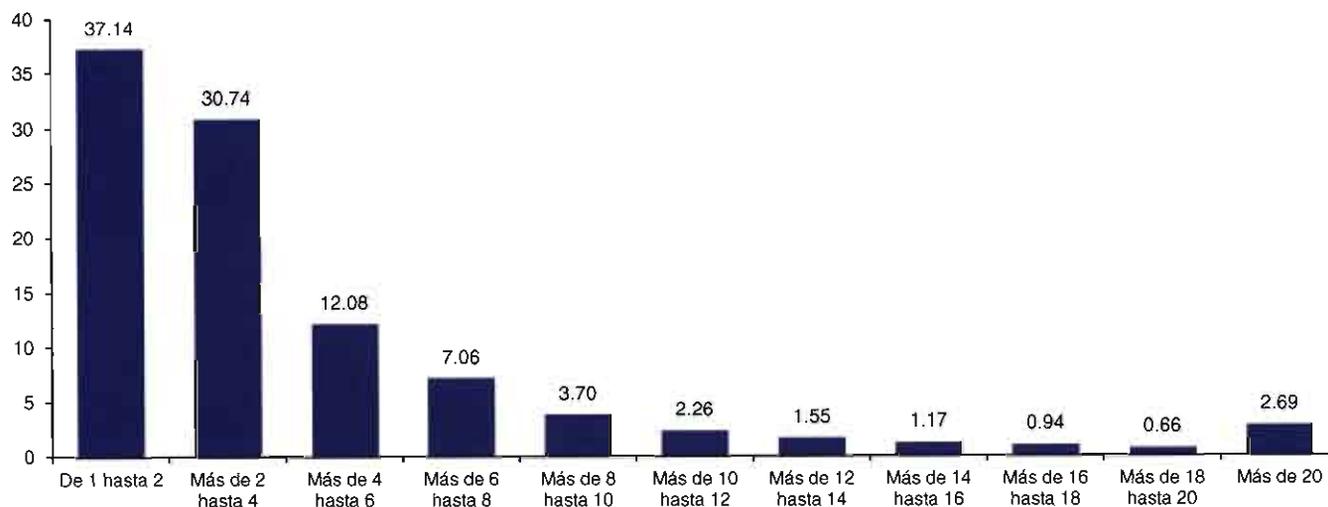
¹⁷ La elasticidad empleo-producto se mide como la razón de la variación anual de diciembre de cada año del empleo en el IMSS por rango salarial y la variación anual promedio del Producto Interno Bruto a nivel nacional (base 2008), con cifras del primer trimestre de 2003 al cuarto trimestre de 2014

* Cifras en valores absolutos.

Fuente: Dirección de Incorporación y Recaudación, y Unidad de Planeación Estratégica Institucional, IMSS.

Gráfica II.8.

Distribución de los puestos de trabajo registrados en el IMSS por rango salarial en número de veces el salario mínimo del Distrito Federal, 2014¹⁸
(porcentajes, cifras al cierre de año)

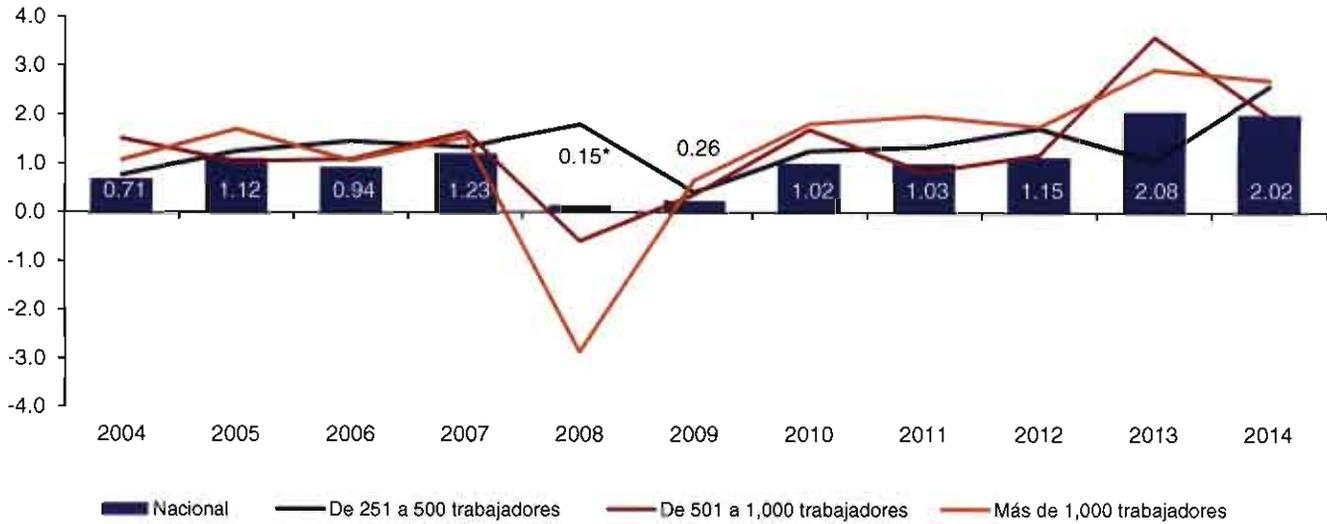


¹⁸ Se incluye a los 140,403 puestos en aseguramiento voluntario asociados a un salario mínimo del Distrito Federal, modalidades 30, 35, 43 y 44.

Fuente: Dirección de Incorporación y Recaudación, IMSS.

Gráfica II.9.

Elasticidad entre los puestos de trabajo registrados en el IMSS y el Producto Interno Bruto real por rango salarial en número de veces el salario mínimo del Distrito Federal¹⁷



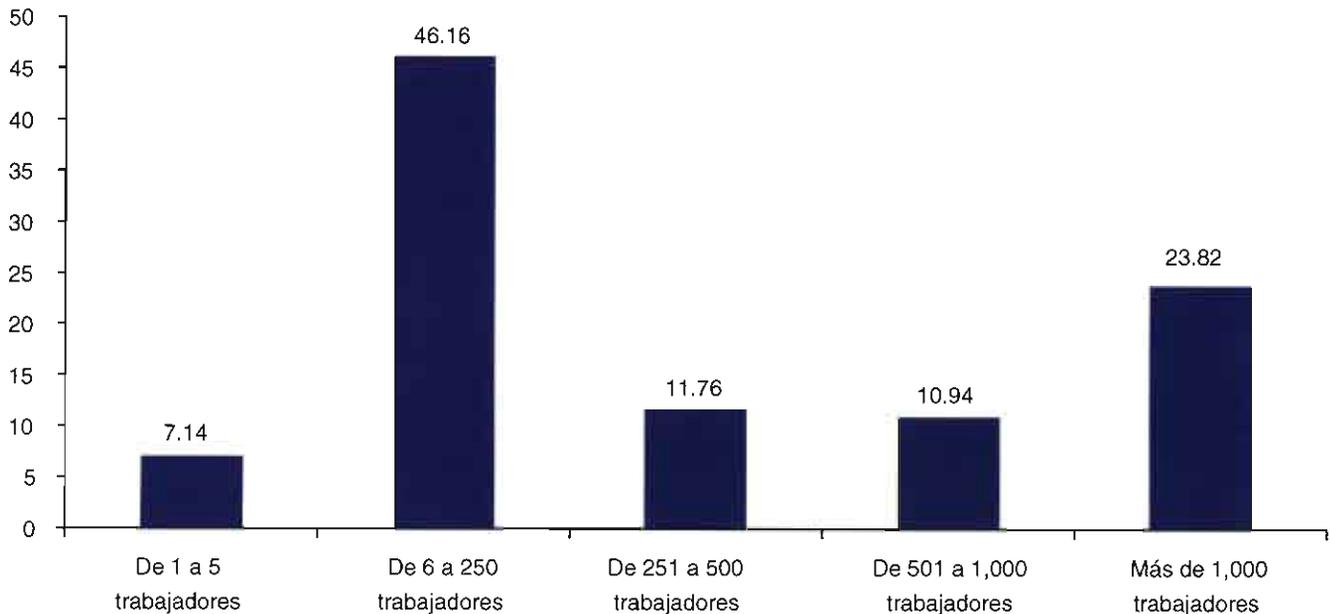
¹⁷ La elasticidad empleo-producto se mide como la razón de la variación anual de diciembre de cada año del empleo en el IMSS por tamaño de empresa y la variación anual promedio del Producto Interno Bruto a nivel nacional (base 2008), con cifras del primer trimestre de 2003 al cuarto trimestre de 2014.

* Cifras en valores absolutos

Fuente: Dirección de Incorporación y Recaudación, y Unidad de Planeación Estratégica Institucional, IMSS.

Gráfica II.10.

Distribución de los puestos de trabajo registrados en el IMSS por tamaño de empresa, 2014
(porcentajes, cifras al cierre de año)



Fuente: Dirección de Incorporación y Recaudación, IMSS.

- Instalación de módulos de atención dedicados exclusivamente al programa Crezcamos Juntos en todas las subdelegaciones del Instituto.
- Capacitación de funcionarios dedicados a la atención y orientación.
- Distribución de trípticos y volantes.
- Entrevistas en medios de comunicación y sesiones de difusión en conjunto con el SAT.
- Envío de invitaciones a los contribuyentes del Régimen de Incorporación Fiscal.

II.1.2. Simplificación y digitalización de trámites¹⁸

Como se ha descrito a lo largo de este Informe, la manera más fácil de mejorar los servicios y al mismo tiempo sanear financieramente a la institución, es mediante la simplificación y eliminación de trámites acompañado de un uso intensivo de tecnologías de la información. Esta estrategia ha sido implementada de manera exitosa y el área de Afiliación y Recaudación del IMSS ha sido punta de lanza en el proceso. En el 2013, y como se reportó en el Informe anterior, esta área redujo a más de la mitad el número de trámites registrados ante la Comisión Federal de Mejora Regulatoria (COFEMER), pasando de 56 a 25, y en el 2014 se digitalizaron 10 de estos 25 trámites, todos ellos en materia de afiliación y recaudación, y referentes a servicios de alto impacto, que realizan los derechohabientes más de 15 millones de veces al año.

Aunque resulta complejo cuantificar el impacto que han tenido estas medidas en el proceso de formalización del empleo, sin duda la reducción en los tiempos y costos que los patrones y ciudadanos invierten en realizar trámites relacionados con su afiliación y el pago de sus cuotas, tienen efectos

positivos en la afiliación al IMSS, y por ende en su recaudación. A continuación se enlistan las acciones y logros más importantes relativos a esta estrategia.

Sistema de Pago Referenciado

Como se reportó en el Informe del año pasado, a mediados del 2013 se puso en marcha el Sistema de Pago Referenciado (SIPARE). Esta herramienta digital permitió y agilizó el pago de contribuciones en línea, mediante la implementación de líneas de captura. Este sistema ha tenido una gran aceptación entre los patrones afiliados al IMSS. Al cierre del 2013, se contaba con poco más de 300 mil patrones inscritos en el SIPARE. Actualmente se cuenta con 640 mil patrones de los 860 mil afiliados.

Esta medida es un claro ejemplo de cómo puede mejorarse la calidad y calidez de los servicios y contribuir al saneamiento financiero del Instituto, debido a que actualmente más de 90% de lo que se recauda por cuotas obrero-patronales se realiza a través de Internet. Esto genera importantes beneficios y ahorros para los patrones, que pueden cumplir con su obligación de pago de forma ágil y segura, desde la comodidad de su hogar o sus oficinas, sin necesidad de trasladarse a una sucursal bancaria, aunado a otros beneficios como ahorros en tiempos de espera, mensajeros, combustibles, por citar algunos ejemplos.

Para el Instituto, el SIPARE ha representado importantes ahorros en comisiones bancarias, papel y correo. En el 2014, estos ahorros alcanzaron alrededor de 170 millones de pesos, recursos que se están destinando a mejorar la calidad y calidez de los servicios.

¹⁸ La simplificación y digitalización de trámites ha sido posible gracias al Nuevo Modelo de Telecomunicaciones implementado durante 2013 y 2014. Este modelo consistió en una red híbrida única en su tipo, con múltiples proveedores, tecnologías y *carriers*, que además de ser más eficiente, abarató el costo del servicio.

Inhibición del envío de facturas a empresas

Otra medida que ha generado ahorros importantes al IMSS es la inhibición de la impresión y envío de facturas a 200 mil patrones cada mes. Hasta antes de 2013 se enviaban estas facturas a los patrones por mensajería de manera física a sus centros de trabajo y actualmente la obtienen en forma digital. Con ello, en el 2014 se dejaron de imprimir y enviar por correo 2.4 millones de facturas anuales, lo que se tradujo en ahorros de papel, impresión y envío por mensajería. Los ahorros en papel equivalen a 80 millones de hojas, que apiladas iguala una distancia de 8 kilómetros.

Esta medida se fortaleció con mejoras en el portal IMSS Desde su Empresa (IDSE)¹⁹, a través del cual los patrones pueden descargar su emisión de manera digital, lo que les facilita el cumplimiento de sus obligaciones. Durante el 2014, alrededor de 4.4 millones de facturas se descargaron de esa forma a través de este portal.

Al igual que la implementación del Sistema de Pago Referenciado (SIPARE), la inhibición del envío de facturas es otra muestra de que es posible mejorar la calidad y calidez de nuestros servicios y ayudar al saneamiento financiero del Instituto. Por un lado, se facilita el cumplimiento de obligaciones fiscales por parte de los patrones frente al Instituto, lo que se traduce en una mejora en calidad y, por el otro, se generan ahorros derivados de una disminución de costos y una mayor eficiencia en la utilización de los recursos del Instituto.

Digitalización de trámites de alto impacto

En el 2014, se llevó a cabo la digitalización de 10 trámites de alto impacto en el Instituto, los cuales se realizan alrededor de 15 millones de veces al año. Estos se enlistan en el cuadro II.1.

Esta digitalización ya está brindando los primeros resultados. Para poner en perspectiva el impacto se citan algunos ejemplos:

Cuadro II.1.
Digitalización de trámites de alto impacto 2014

Trámite	Realizado al año (millones de veces)
1 Actualización de datos de derechohabientes	8.40
2 Asignación o localización del número de seguridad social	3.36
3 Consulta de semanas cotizadas	2.16
4 Contratación de seguros voluntarios e incorporación voluntaria ¹⁹	0.48
5 Alta patronal de persona física	0.12
6 Consulta de vigencia de derechos	0.25
7 Alta patronal de persona moral	
8 Consulta del estado de adeudo	
9 Correcciones patronales	
10 Movimientos patronales	
Total de visitas anuales	14.8

¹⁹Refiere al Régimen de Incorporación al Seguro Social (RISS)
Fuente: Dirección de Innovación y Desarrollo Tecnológico, IMSS

¹⁹ El portal IDSE, como se conoce actualmente, inició su operación en octubre de 2004.

La asignación o localización del número de seguridad social (NSS) anteriormente exigía la visita de los derechohabientes a una subdelegación del IMSS en al menos una ocasión y la resolución del trámite podía tomar hasta 4 horas. Actualmente el trámite puede realizarse completamente en línea, a través de Internet y en pocos minutos. Desde que se liberó este trámite en el portal IMSS-Digital en enero de 2014 y hasta abril de 2015, se ha realizado más de 6 millones de veces. Es decir, estas personas no tuvieron la necesidad de desplazarse a la subdelegación ni ausentarse de su trabajo para realizar este trámite, por lo que se evitaron cuando menos 6 millones de visitas a nuestras instalaciones y la gente se ahorró alrededor de 24 millones de horas hombre.

En los trámites realizados de manera presencial en las subdelegaciones también hubo beneficios, ya que se ha triplicado la atención en ventanilla. La simplificación digital y el mayor uso de Internet reduce las visitas de derechohabientes a las oficinas del IMSS, y este menor número de gente ha permitido mejorar y agilizar la atención. Anteriormente cada día se atendía en ventanilla a alrededor de 5 mil personas, y actualmente se atiende a 19 mil personas.

Otro trámite que a finales del año pasado se liberó en su versión digital es el de actualización de datos del derechohabiente, dentro del cual destacan el registro de asegurados y pensionados en clínica y el cambio de clínica, que en conjunto se efectúan más de 6 millones de veces al año. Recientemente se liberó esta aplicación para que los derechohabientes puedan efectuar el trámite exclusivamente con su Clave Única de Registro de Población (CURP) y sin necesidad de utilizar su Firma Electrónica Avanzada (FIEL), a fin de hacerlo de manera muy sencilla. Se espera que con esta medida empiecen a registrarse menos visitas en las clínicas y que el personal del IMSS pueda dedicarse a atender mejor y de manera más expedita a los otros derechohabientes.

Los esfuerzos de simplificación no se han limitado a los 10 trámites antes mencionados, adicionalmente se pusieron a disposición de los patrones y ciudadanos 2 trámites de alto impacto: el Comprobante Fiscal Digital y la Constancia de Vigencia.

En junio de 2014, por primera vez en la historia, se puso a disposición de los patrones la obtención del Comprobante Fiscal Digital correspondiente al pago de las cuotas obrero-patronales, sin el cual los pagos no son deducibles para el impuesto sobre la renta. Desde la liberación de este trámite en julio de 2014 y hasta el 30 de abril de 2015, se han expedido más de 13 millones de comprobantes fiscales digitales.

También, por primera vez en la historia, se puso a disposición de los derechohabientes una aplicación que les permite obtener en línea la Constancia de Vigencia de sus derechos frente al Instituto. Acreditar esta vigencia es de importancia ya que es la puerta de entrada para recibir los servicios de seguridad social del Instituto. Anteriormente este trámite se realizaba de manera presencial, requiriendo la intervención de varios servidores públicos, actualmente se puede realizar en línea, y debido a que esta constancia cuenta con cadena original, sello digital, secuencia notarial y número de serie, tiene validez oficial. Desde su liberación, en octubre de 2014, este trámite se ha realizado cerca de 1 millón de veces. Además de acreditar los derechos del asegurado, ésta constancia contiene información de los datos generales del afiliado (nombres y apellidos, NSS, CURP, género, fecha y lugar de nacimiento), datos de su aseguramiento (vigencia, clínica, consultorio y turno), datos del último patrón, así como una lista de sus beneficiarios y sus datos generales.

Estas mejoras de simplificación han beneficiado a millones de personas y al igual que las otras medidas mencionadas líneas atrás, son muestra de que es posible mejorar la calidad y calidez de nuestros servicios y contribuir al saneamiento financiero del Instituto.

En el 2015, se continuará con la digitalización de 7 trámites adicionales, entre los cuales destaca la eliminación de la comprobación de supervivencia para pensionados, trámite que se realiza alrededor de 6.2 millones de veces al año, así como la implementación de la constancia digital para desempleo, que se realiza 1 millón de veces al año, como se muestra en el cuadro II.2²⁰.

Los logros hasta ahora muestran que vamos en la dirección correcta, hacia la modernización del IMSS. Sin embargo, la labor aún no ha concluido y el enorme reto es lograr que la población se beneficie de estos servicios digitales; es decir, que los patrones y derechohabientes del Instituto los conozcan y los utilicen. Se llevarán a cabo acciones de promoción para difundir todos los trámites digitales, en especial aquellos que se realizan el mayor número de veces. La difusión se hará desde la página del Instituto en Internet, donde de una manera fácil y rápida el derechohabiente podrá acceder al trámite deseado,

sin tener que hacer filas y desde la comodidad de su hogar u oficina, así como en las instalaciones del Instituto.

II.1.3. Nuevo modelo integral de fiscalización

En esta Administración se implementó un nuevo modelo de fiscalización que ha fortalecido la capacidad del Instituto en la generación de ingresos, promoviendo la formalización del empleo y la equidad en el financiamiento de la seguridad social.

Antes del inicio de esta Administración, el Instituto operaba con un modelo de riesgos que contaba con importantes áreas de oportunidad:

- i) La realización de actos de auditoría y cobro sin una debida planeación, sin expectativas de cobro y sin un análisis costo-beneficio de los actos, debido a que no se contaba con un modelo de riesgos para la detección de conductas de evasión y programación de actos de fiscalización. La explotación de las bases de información no se realizaba atendiendo a los tipos y tamaño de patrones, ubicación geográfica, sector, industria, tipo de empleados, salarios, entre otras cosas.

Cuadro II.2.
Trámites de alto impacto a digitalizar y/o simplificar, 2015

Trámite	Realizado al año (millones de veces)
1 Comprobación de supervivencia para pensionados	6.2
2 Constancia para desempleo	1.0
3 Seguro de Salud para la Familia	
4 Corrección de datos de asegurados	
5 Continuación voluntaria en el Régimen Obligatorio	0.7
6 Incorporación voluntaria al Régimen Obligatorio trabajadores independientes	
7 Solicitud de pensión por cesantía en edad avanzada, vejez, incapacidad e invalidez	0.4
Total de visitas anuales	8.3

Fuente: Dirección de Innovación y Desarrollo Tecnológico, IMSS.

²⁰ El detalle de la digitalización de estos trámites se presenta en el Capítulo XI de este informe

- ii) La falta de cruces de información con otras autoridades fiscales. Un modelo de detección de conductas evasoras requiere necesariamente de la coordinación entre las distintas autoridades y el consumo recíproco de información, a fin de dirigir los actos de fiscalización y cobranza a sectores donde se cometen los abusos y prácticas agresivas de evasión en el pago de contribuciones de seguridad social.
- iii) La falta de indicadores y controles de operación para dar un seguimiento oportuno a la gestión y evaluar los resultados de los actos de fiscalización. El hecho de no contar con indicadores que permitan evaluar los resultados de las personas encargadas de la cobranza y fiscalización, impide dirigir los esfuerzos en áreas con debilidades y que requieren fortalecer su actuación para el cumplimiento de las metas.
- iv) La ausencia de acciones diferenciadas en función del tipo de patrón. Esto generaba que los actos de auditoría se realizaran de la misma forma sin importar las características especiales de cada patrón. Es decir, se auditaba de la misma forma a la empresa más grande del país que a la más pequeña, lo cual es poco eficiente.

Lo anterior dio lugar al desarrollo de un nuevo modelo integral de fiscalización (cuadro II.3), atendiendo las principales áreas de oportunidad identificadas. Como parte de este nuevo modelo de riesgos, actualmente:

- i) Se realizan actos de auditoría y cobro con base en una programación adecuada, a empresas con mayor riesgo y presuntiva de evasión.
- ii) Se ha mejorado la oportunidad en la ejecución de las auditorías, y se ejerce una mayor vigilancia al proceso fiscalizador, mediante el establecimiento de mayores puntos de control e indicadores oportunos de resultados. En particular:
 - Se puso en marcha el Procedimiento Único para la Generación de Propuestas de Fiscalización (AdPro), con el cual se administran y priorizan los actos de fiscalización a partir de reglas parametrizables y análisis costo-beneficio. El AdPro permite dar seguimiento a la operación de las delegaciones y subdelegaciones en esta materia.
 - Se implementó el Administrador de Consultas (AdCon) que mejora la atención a las consultas normativas formuladas por las áreas operativas.

Cuadro II.3.
Nuevo modelo integral de fiscalización

Diagnóstico	Nuevo modelo
Ausencia de acciones diferenciadas en función del tipo de patrón.	1. Se implementó un nuevo modelo de riesgos para la programación de las auditorías. 2. Se puso en marcha el procedimiento único para la generación de propuestas de fiscalización (AdPro).
Se realizan actos de auditoría y cobro sin conocer a las empresas y sin una expectativa de cobro.	3. Se implementó el Administrador de Consultas (AdCon). 4. Se inició la programación de casos de auditoría con montos presuntivos estimados.
Falta de indicadores y controles de operación.	5. Se han establecido mayores canales de cobro, que se adecuan al perfil de cada patrón, como son llamadas telefónicas, correos electrónicos, mensajes de texto y cartas invitación. 6. Se implantaron 12 indicadores de gestión que miden los procesos de cobro y fiscalización punta a punta, con alertas y reportes automáticos.
Falta de cruces de información y colaboración con otras autoridades fiscales.	7. Se llevan a cabo cruces de información con otras autoridades fiscales. 8. Se crea un área especializada en grandes patrones.

Fuente: Dirección de Incorporación y Recaudación, IMSS

- Se implantaron 12 indicadores de gestión que miden los procesos de cobro y fiscalización punta a punta, con alertas y reportes automáticos.
- iii) Se llevan a cabo cruces de información con otras autoridades fiscales, como el Servicio de Administración Tributaria (SAT), Instituto del Fondo Nacional de la Vivienda para los Trabajadores (INFONAVIT) y la Secretaría del Trabajo y Previsión Social (STPS). Con estos cruces se identifica a sectores y empresas que cometen abusos y prácticas agresivas de evasión en el pago de contribuciones de seguridad social.
- iv) Se creó un área especializada en grandes patrones, con dos objetivos: mejorar y especializar la atención a los patrones más representativos para el IMSS en materia de recaudación, y promover el cumplimiento voluntario de las cuotas a través de la implementación de acciones dirigidas a disminuir los costos que enfrentan las empresas en el cumplimiento de sus obligaciones en materia de seguridad social. Esta Unidad de Servicios Estratégicos inició operaciones el 1º de enero de 2014, y las principales acciones realizadas son las siguientes:
- Durante 2014 se inició el proceso de atención centralizada de los grandes patrones, de manera coordinada con las áreas normativas y las subdelegaciones del Instituto.
 - En abril de 2014 se implementó un esquema de control a nivel central de los principales procedimientos en materia fiscal relacionados con la atención a las grandes empresas, para asegurar que estos se lleven a cabo con altos estándares de servicio y para evitar que se generen actos de molestia improcedentes o a patrones cumplidos.
 - Se establecieron nuevos criterios internos para la revisión del dictamen formulado por contador público autorizado, que permiten a las áreas operativas enfocar y priorizar adecuadamente las revisiones que realizan, y disminuyen los actos de molestia a los patrones.
- v) Se liberó el Sistema de Notificaciones por Estrados Electrónicos, que permite a las subdelegaciones del IMSS cumplir de manera ágil con la formalidad establecida por el Código Fiscal de la Federación para las notificaciones por estrados, y facilita a los patrones su consulta por medio de Internet, sin tener que desplazarse a una subdelegación del Instituto. Hasta abril de 2015 se han realizado alrededor de 50 mil notificaciones por esta vía.
- vi) El 15 de diciembre de 2014 inició la operación del Centro de Contacto de Cobranza IMSS, un nuevo esquema de servicio en el que se orienta al patrón sobre sus créditos vigentes y se le ofrecen alternativas de atención, aclaración o pago, con el propósito de facilitar su cumplimiento voluntario. Al día de hoy más de 5,500 patrones han regularizado su situación fiscal a través de este servicio, y se ha generado una recaudación de más de 20 millones de pesos, con un costo-beneficio de 15 pesos recuperados por cada peso invertido.
- vii) En línea con la estrategia de digitalización de trámites, y en relación con lo dispuesto en el Artículo 32 D del Código Fiscal de la Federación, se simplificó el trámite de obtención de la constancia de cumplimiento de obligaciones fiscales en materia de seguridad social. Por ello, a partir de marzo de 2015, los patrones que deseen contratar con la Administración Pública Federal, Centralizada y Paraestatal, así como la Procuraduría General de la República, pueden obtener la citada constancia, en formato digital, de manera ágil y sencilla, a través del portal de Internet del Instituto. A abril de 2015 se han emitido más de 12 mil opiniones de cumplimiento en materia de seguridad social.

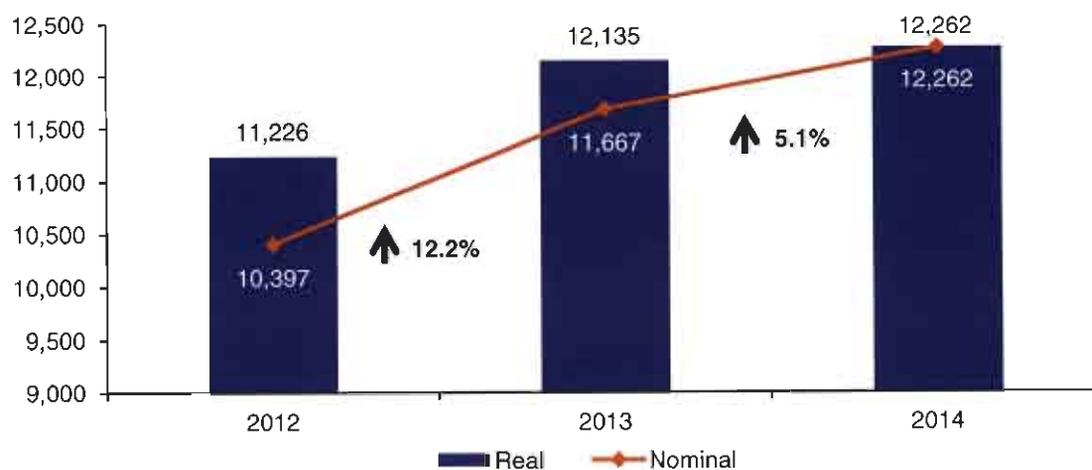
La entrada en operación del nuevo modelo de atención institucional, con la creación de la Unidad de Servicios Estratégicos y la ejecución del nuevo modelo de fiscalización, forman parte de las acciones comprometidas por el Instituto para modernizar su gestión y privilegiar el fortalecimiento del cumplimiento voluntario de las obligaciones de seguridad social, de conformidad con las mejores prácticas internacionales y en beneficio de los trabajadores y de los patrones del país.

Estas acciones ya rindieron sus primeros resultados. En el 2013, se reportaron ingresos extraordinarios por fiscalización y cobranza de 11,667 millones de pesos, 12.2% más que lo ingresado en el 2012. En el 2014, esta recaudación es de 12,262 millones de pesos, 5.1% superior al nivel alcanzado en el 2013 (gráfica II.11).

En el 2014, se registra una mejoría en las acciones de fiscalización, recaudando más con menos actos. En el 2013, se llevaron a cabo cerca de 107 mil actos de fiscalización, recaudando 3,896 millones de pesos. En el 2014, se realizaron poco más de 86 mil actos con una recaudación mayor de 4,364 millones de pesos²¹. Estos actos de fiscalización refieren a visitas domiciliarias, revisiones de gabinete, presentación del dictamen en materia de seguridad social, requerimientos para verificar el cumplimiento del Reglamento del Seguro Social Obligatorio para los Trabajadores de la Construcción por Obra o Tiempo Determinado, así como cartas invitación y promociones dirigidas a patrones para la regularización voluntaria de sus obligaciones ante el Instituto, entre otros.

Adicional a los actos de fiscalización, en el IMSS se realizan actos de autoridad en materia de cobro. Estos actos se refieren a estrategias dirigidas a

Gráfica II.11.
Ingresos por fiscalización y cobranza, real y nominal, 2012-2014¹⁹
(millones de pesos de 2014)



¹⁹ Los ingresos por fiscalización incluyen pagos derivados de auditorías, dictámenes e invitaciones a regularizar su situación, así como ingresos por "Rectificación de la prima del Seguro de Riesgos de Trabajo (SRT)", por el "Programa de Verificación de la Prima (PVP)", actualizaciones y pagos virtuales, montos contabilizados en el rubro de recaudación por cuotas. Los ingresos por cobranza incluyen pagos por recuperación de créditos fiscales a través de requerimiento de pago, embargo y remates, y "Pagos del segundo mes", montos contabilizados en el rubro de recaudación por cuotas.
Fuente: Dirección de Incorporación y Recaudación, IMSS

²¹ Los ingresos por fiscalización incluyen pagos derivados de auditorías, dictámenes e invitaciones a regularizar su situación, así como ingresos por "Rectificación de la prima del Seguro de Riesgos de Trabajo (SRT)", por el "Programa de Verificación de la Prima (PVP)", actualizaciones y pagos virtuales, montos contabilizados en el rubro de recaudación por cuotas.

la recuperación de créditos fiscales mediante la ejecución de requerimientos de pago y de embargo de bienes muebles e inmuebles, hasta llegar, en algunos casos, a su venta por medio del remate.

En el 2013, se llevaron a cabo 2 millones de actos de cobro, con una recaudación de 7,771 millones de pesos. En el 2014, se llevaron a cabo alrededor de 2.8 millones de estos actos, con una recaudación de 7,898 millones de pesos²².

II.1.4. Estímulo al ingreso

Derivado al éxito del programa "Peso por Peso" y como parte de la estrategia del IMSS para fortalecer sus ingresos, en el área de Afiliación y Recaudación se arrancó un programa similar denominado "Estímulo al Ingreso", por el cual las delegaciones del Instituto que generaron en el 2014 una recaudación por encima de la meta de la Ley de Ingresos de la Federación fueron premiadas con un estímulo monetario.

Este programa incentiva a las delegaciones no solo a recaudar y fiscalizar mejor, sino también a invertir en proyectos en beneficio de las áreas dedicadas a afiliar y recaudar, debido a que el programa estipula que por cada peso recibido, al menos entre 20% y 40% debe destinarse a estas áreas.

Al igual que el programa "Peso por Peso" llevado a cabo por el área médica, el financiamiento del "Estímulo al Ingreso" proviene del superávit generado en ingresos, lo que permite alinear los incentivos: por un lado, se promueve la recaudación eficiente

²² Incluye pagos por recuperación de créditos fiscales a través de requerimiento de pago, embargo y remates, así como "Pagos del segundo mes", montos contabilizados en el rubro de recaudación por cuotas.

a nivel delegacional y, por el otro, la mejora del equipamiento y la imagen para dar un mejor servicio a los derechohabientes.

Debido al superávit en ingresos logrado en el 2014, de alrededor de 2,300 millones de pesos, el premio de "Estímulo al Ingreso" alcanzó los 100 millones de pesos a nivel nacional, repartido entre todas las delegaciones con cumplimiento de meta superior a 100%. En total 24 delegaciones fueron premiadas. Actualmente, 99% de estos recursos ya está asociado a un proyecto autorizado, dentro de los que destacan la remodelación, equipamiento y mantenimiento de oficinas, adquisición de equipo médico, aire acondicionado, luminarias, pintura e impermeabilización, así como reparación y sustitución de equipo de cómputo.

II.2. Aseguramiento en el IMSS

En los registros del IMSS se distinguen dos tipos de afiliación: i) aseguramiento asociado a un empleo, que considera tanto a trabajadores del Régimen Obligatorio, como a aquellos del Régimen Voluntario de trabajadores domésticos, independientes, Administración Pública Federal, personas físicas con trabajadores a su servicio, etcétera (asegurados trabajadores), y ii) aseguramiento para ciudadanos sin un empleo formal que desean obtener los beneficios que otorga el Instituto, principalmente en salud (asegurados no trabajadores). En este último caso se encuentra la afiliación voluntaria al Seguro de Salud para la Familia (SSFAM), al Seguro Facultativo (estudiantes), y Continuación Voluntaria²³ (cuadro II.4).

²³ El Seguro Facultativo (modalidad 32) incluye la afiliación de estudiantes, así como familiares de personal del IMSS y de la Comisión Federal de Electricidad (CFE). Alrededor de 98% de la afiliación en la modalidad 32 refiere a estudiantes. El Seguro de Salud para la Familia (modalidad 33) es para hogares que no cuentan con ningún sistema de seguridad social. En la Continuación Voluntaria (modalidad 40) se incluye a los asegurados que han dejado de estar sujetos al Régimen Obligatorio y reingresan por cuenta propia a éste, con lo cual se les reconoce el tiempo cubierto por sus cotizaciones anteriores. Para el detalle ver el Anexo A.

Cuadro II.4.
Asegurados del IMSS, 2013-2014
(cifras al cierre de cada año)

Tipo de afiliación	Tipo de régimen	2013	2014	Variación	
				Absoluta	% Relativa
Asegurados		23,543,692	24,736,044	1,192,352	5.1
Trabajadores		16,525,061	17,239,587	714,526	4.3
Modalidad:					
10: Trabajadores permanentes y eventuales de la ciudad	RO	15,560,508	16,255,368	694,860	4.5
13: Trabajadores permanentes y eventuales del campo	RO	238,396	263,024	24,628	10.3
14: Trabajadores eventuales del campo cañero	RO	41,899	44,427	2,528	6.0
17: Reversión de cuotas por subrogación de servicios	RO	128,746	119,119	-9,627	-7.5
30: Productores de caña de azúcar	RO	98,541	95,122	-3,419	-3.5
34: Trabajadores domésticos	RV	2,310	2,749	439	19.0
35: Patrones personas físicas con trabajadores a su servicio	RV	5,859	5,814	-45	-0.8
36: Trabajadores al servicio de gobiernos estatales, municipales y organismos descentralizados ^{1/}	RV	145,715	149,630	3,915	2.7
38: Trabajadores al servicio de las administraciones pública federal, entidades federativas y municipios ^{1/}	RV	250,351	251,672	1,321	0.5
42: Trabajadores al servicio de las administraciones pública federal, entidades federativas y municipios ^{1/}	RV	12,759	13,195	436	3.4
43: Incorporación voluntaria del campo al Régimen Obligatorio	RV	25,992	24,447	-1,545	-5.9
44: Trabajadores independientes	RV	13,985	15,020	1,035	7.4
No trabajadores		7,018,631	7,496,457	477,826	6.8
Modalidad:					
32: Seguro Facultativo (estudiantes)	RV	6,468,986	6,942,999	474,013	7.3
33: Seguro de Salud para la Familia	RV	458,500	448,981	-9,519	-2.1
40: Continuación Voluntaria en el Régimen Obligatorio	RV	91,145	104,477	13,332	14.6
Total Régimen Obligatorio	RO	16,068,090	16,777,060	708,970	4.4
Total Régimen Voluntario	RV	7,475,602	7,958,984	483,382	6.5

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

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

RO Régimen Obligatorio, y RV: Régimen Voluntario

Fuente: Dirección de Incorporación y Recaudación, IMSS.

II.2.1. Asegurados trabajadores²⁴

En el 2014, a pesar de un crecimiento económico por debajo de lo esperado, se consiguió ampliar de manera importante el empleo asegurado en el IMSS, cerrando el año con una afiliación de poco más de 17.2 millones de empleos formales. Estos registros están pormenorizados por personas con nombre y apellidos, con semanas cotizadas, con una empresa, un salario, un pago de cuotas, entre otros datos.

Como ya se mencionó, esta afiliación al cierre del 2014 representó una creación de empleo de 714,526 puestos de trabajo, equivalente a una tasa anual de 4.3% (gráfica II.12). Este crecimiento es histórico, el segundo mayor registrado desde 1997, sólo por debajo del crecimiento reportado en el año 2010, cuando se generaron 732,379 empleos.

Asegurados trabajadores y salario por tipo de empleo

Para los asegurados trabajadores en el IMSS se identifican dos tipos de afiliación en cuanto al tipo de contrato que éstos mantengan con su patrón: permanente y eventual²⁵. En el 2014, 85.7%

(14.8 millones) de los 17.2 millones de puestos de trabajo fueron empleos permanentes, y el restante 14.3% (2.4 millones) fueron puestos de tipo eventual.

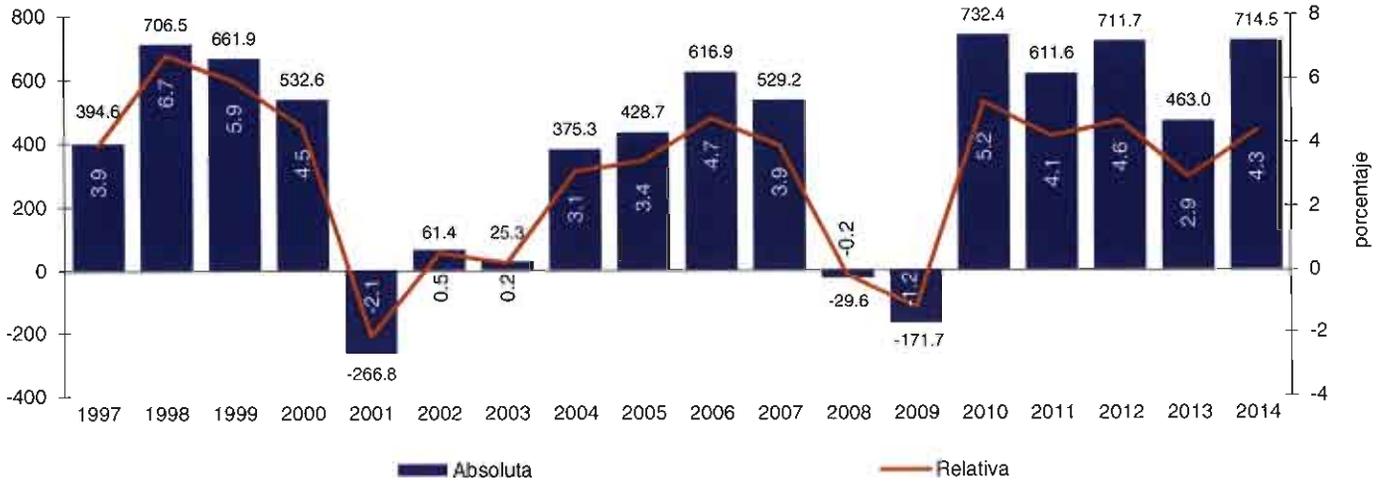
Entre 2005 y 2011 se registró una recomposición del tipo de empleo afiliado al IMSS, con una mayor participación de plazas eventuales con respecto al total. Durante este periodo de 7 años, la participación de los puestos eventuales aumentó de 10.5% a 13.6%, con la correspondiente reducción en la participación de las plazas permanentes, que pasó de 89.5% a 86.4%. Durante 2012 y 2013 esta composición se mantuvo relativamente sin cambio y en 2014 se observa un ligero aumento en la participación de los eventuales, explicado, en parte, por el buen comportamiento del sector construcción en ese año (gráfica II.13).

El salario asociado a los puestos permanentes es superior al ingreso de las plazas eventuales, y en los últimos 10 años se reporta una disminución en la brecha salarial entre estos dos tipos de empleo. Se pasa de una brecha de 97.2 pesos diarios (48.4%) en diciembre de 2005 a 56.1 pesos diarios (22.8%) en diciembre de 2014. Esta reducción se debe al aumento en el salario real de los puestos eventuales, que pasaron de un nivel de 200.8 a 246.6 pesos diarios,

²⁴ El dato de asegurados trabajadores o puestos de trabajo refiere a los asegurados que tienen una relación laboral con un patrón en el sector privado, con ciertas excepciones de aseguramientos especiales por convenio (como patrones personas físicas y productores de caña de azúcar, que refieren a personas ocupadas y con un empleo pero sin una relación subordinada). Debido a que un mismo afiliado puede registrarse en el Instituto con más de un empleo en más de una empresa, la cifra de puestos de trabajo registrados en el IMSS contabiliza a los afiliados tantas veces como número de empleos mantengan. En esta cifra de puestos de trabajo no se incluye a aquellos asegurados que cotizan en el Seguro de Salud para la Familia, ni en el esquema de Continuación Voluntaria al Régimen Obligatorio, como tampoco se incluye a los asegurados en el Seguro Facultativo.

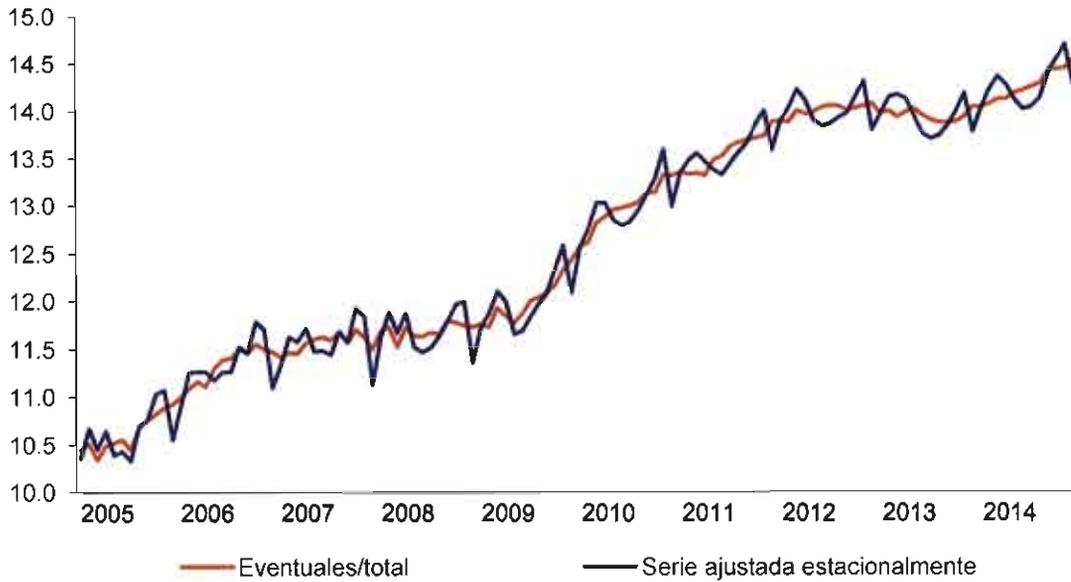
²⁵ La Ley del Seguro Social contempla la afiliación de trabajadores en empleos permanentes y eventuales, y en ambos casos, las condiciones de entero y pago de las cuotas al IMSS son las mismas. La diferencia radica en que las plazas eventuales presentan una menor acumulación en el tiempo de cotización, debido a que pasan menos tiempo incorporados, y requieren de un mayor tiempo previo de aseguramiento necesario para el pago de subsidio en caso de enfermedad. Trabajador permanente es aquél que tiene una relación de trabajo por tiempo indeterminado (Ley del Seguro Social, Artículo 5 A, fracción VI), trabajador eventual es aquél que tiene una relación de trabajo para obra determinada o por tiempo determinado en los términos de la Ley Federal del Trabajo (Ley del Seguro Social, Artículo 5 A, fracción VII).

Gráfica II.12.
Creación de empleo formal, 1997-2014^{1/}
(millones de puestos al cierre de año y porcentajes de crecimiento)



^{1/} Creación de empleo formal se refiere a la diferencia en los puestos de trabajo asegurado al cierre de cada año
Fuente: Dirección de Incorporación y Recaudación, IMSS

Gráfica II.13.
Estructura del empleo permanente y eventual, 2005-2014^{1/}
(porcentajes, cifras al cierre de cada mes)



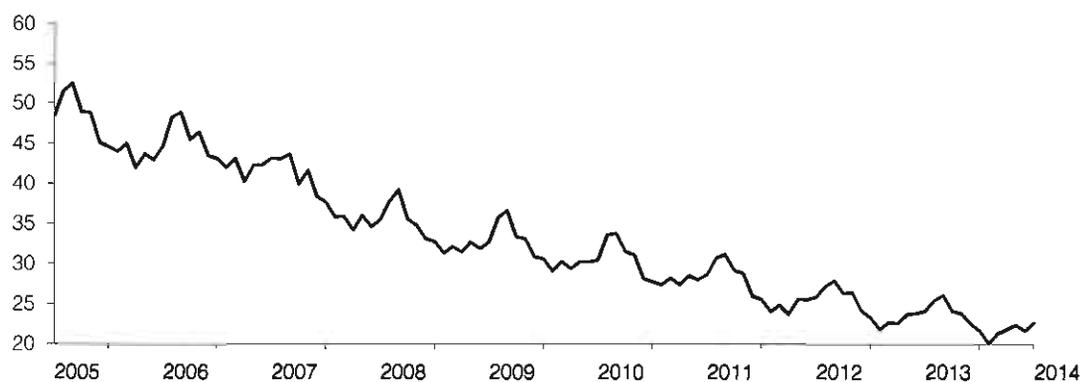
^{1/} Serie ajustada estacionalmente con modelo Tramo/Seats
Fuente: Dirección de Incorporación y Recaudación, IMSS.

un incremento de 22.8%. En contraste, en el mismo periodo, el salario real de los puestos permanentes pasó de 298 a 302.8 pesos diarios, un incremento de 1.6% (gráfica II.14). Esto es, la diferencia salarial entre los puestos permanentes y eventuales cada vez es menor.

Asegurados trabajadores por región geográfica

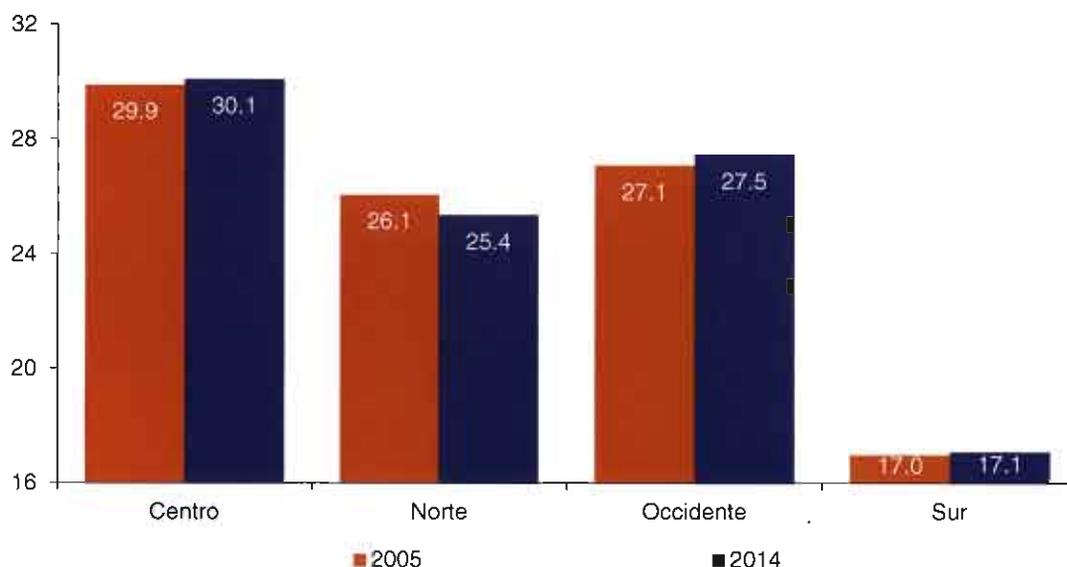
En diciembre de 2014, la distribución de los puestos de trabajo afiliados al IMSS a nivel regional (gráfica II.15) muestra que la zona centro es la que mantiene los mayores niveles de afiliación, con una participación de 30.1% (5.2 millones) con respecto al total del país. En

Gráfica II.14.
Brecha salarial entre puestos permanentes y eventuales, 2005-2014¹⁷
(porcentajes, cifras al cierre de cada mes)



¹⁷ Brecha salarial se refiere a la diferencia porcentual entre el salario de los puestos permanentes con respecto a los eventuales. Fuente: Dirección de Incorporación y Recaudación, IMSS.

Gráfica II.15.
Participación de puestos de trabajo por región con respecto al total nacional, 2005-2014
(porcentajes, cifras al cierre de cada año)



Fuente. Dirección de Incorporación y Recaudación, IMSS.

contraste, la región sur presenta la menor participación con 17.1% (2.9 millones) del total nacional²⁶. Entre 2005 y 2014, estas participaciones se han mantenido relativamente constantes.

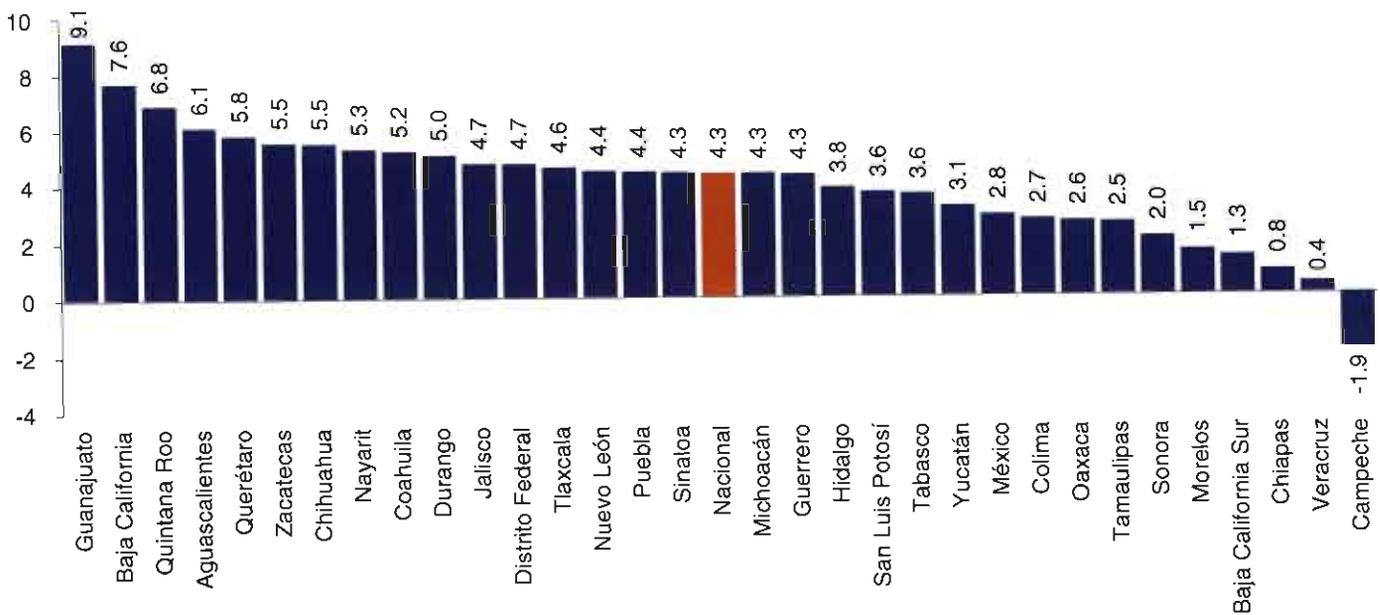
En el 2014, las regiones del bajo y frontera sobresalen en la generación de empleos formales. En el bajo son las entidades de Guanajuato, Aguascalientes y Querétaro las que presentan aumentos anuales cercanos o mayores a 6%, entre diciembre de 2013 y diciembre de 2014. En la frontera norte destaca Baja California con un aumento anual de 7.6%, y en la sur se ubica a Quintana Roo con crecimiento anual de 6.8% (gráfica II.16).

Asegurados trabajadores por actividad económica y tamaño de empresa

Como se mencionó anteriormente, la formalización de la economía en los últimos años ha sido impulsada por las industrias de la transformación en el 2013 y por la construcción en el 2014. Los puestos creados en estas dos industrias han contribuido más que ningún otro sector en la creación de empleo a nivel nacional.

En el 2013, de los 463,018 empleos formales generados en ese año a nivel nacional, 33.7% corresponde a puestos del sector de la transformación, mientras que en años anteriores esta industria contribuyó en promedio con 26.8%

Gráfica II.16.
Variación anual de puestos de trabajo por entidad, 2014
(porcentajes, cifras al cierre de año)



Fuente: Dirección de Incorporación y Recaudación, IMSS

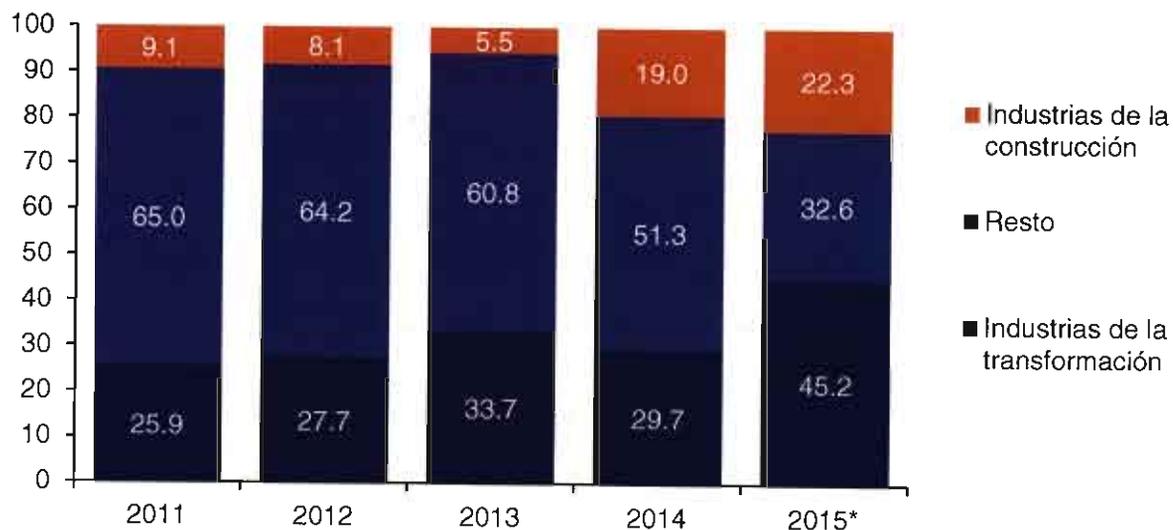
²⁶ La región centro incluye al Distrito Federal, Querétaro, Guerrero, Morelos y Estado de México; la región norte incluye a Aguascalientes, San Luis Potosí, Chihuahua, Zacatecas, Nuevo León, Tamaulipas, Coahuila y Durango; la región occidente incluye a Guanajuato, Baja California Sur, Sinaloa, Jalisco, Colima, Sonora, Baja California, Nayarit y Michoacán, y la región sur incluye a Hidalgo, Tabasco, Quintana Roo, Yucatán, Oaxaca, Puebla, Campeche, Tlaxcala, Chiapas y Veracruz. Distribución regional con base en la clasificación de las delegaciones de adscripción al IMSS

del empleo creado en esos años. En el 2014, de los 714,526 empleos formales generados, 19% corresponde a puestos de la industria de la construcción, mientras que en años anteriores esta industria contribuyó en promedio con 7.6% del empleo generado esos años (gráfica II.17).

Destaca que durante el primer cuatrimestre del 2015, siguen siendo las industrias de la transformación y de construcción las que más contribuyen con la formalización del empleo. De los 363,728 puestos creados en enero-abril de este año, 45.2% refiere a transformación y 22.3%, a construcción. Es decir, estos dos sectores explican 67.5% de la creación de empleo en dicho periodo.

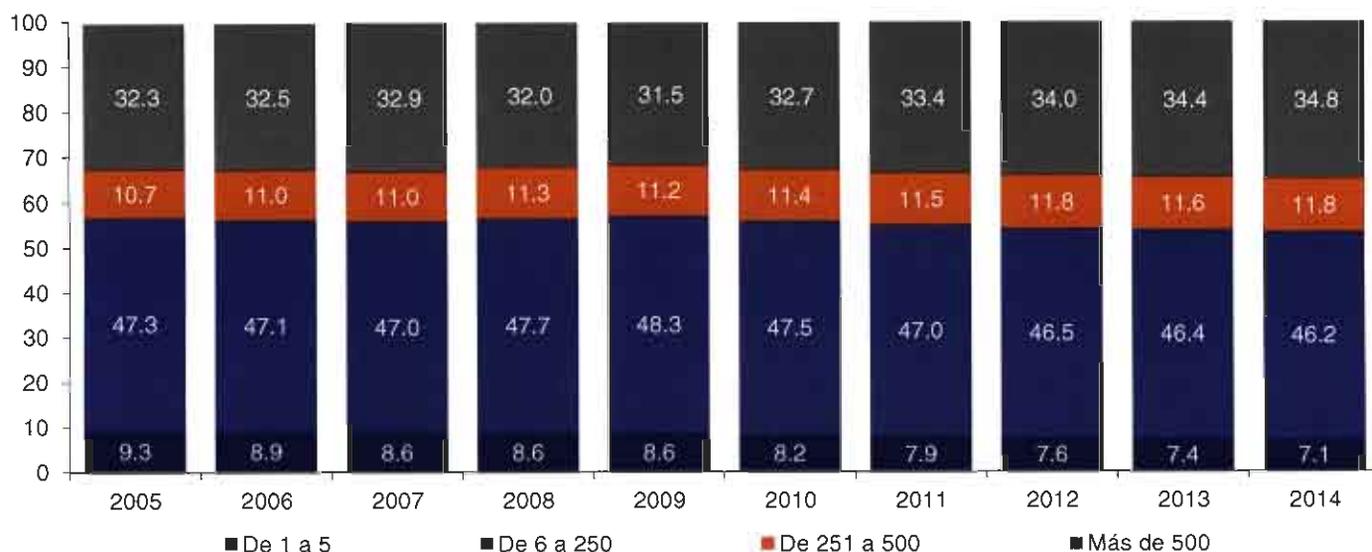
En cuanto al tamaño de las empresas y en línea con el análisis de elasticidades presentado al inicio de este Capítulo, resulta interesante que en los últimos 10 años son las empresas más grandes las que presentan una mayor participación en los empleos formales. En diciembre de 2014, 34.8% de los puestos afiliados al IMSS se ubicaba en registros patronales con más de 500 trabajadores, lo que significó un aumento en comparación a 2005, cuando dicho porcentaje se ubicó en 32.3%. También destacan las empresas de 251 a 500 trabajadores que pasaron de una participación de 10.7% del total de puestos registrados en el IMSS en el 2005, a una participación de 11.8% en el 2014 (gráfica II.18).

Gráfica II.17.
Participación de las industrias de la transformación y construcción
en la creación de empleo formal cada año, 2011-2015
 (porcentajes, cifras al cierre de año)



* Refiere a la creación de empleo (363,728) durante enero-abril de 2015
 Fuente: Dirección de Incorporación y Recaudación, IMSS.

Gráfica II.18.
Distribución de puestos de trabajo por tamaño de registro patronal, 2005-2014
 (porcentajes, cifras al cierre de año)



Fuente: Dirección de Incorporación y Recaudación, IMSS.

Salario de asegurados trabajadores²⁷

El registro correcto del salario ante el Instituto es esencial para determinar las prestaciones en dinero que se cubren en los distintos ramos de aseguramiento, así como para el cálculo correcto de las pensiones y de las cuotas que se deben pagar en materia de seguridad social.

La gráfica II.19 presenta la evolución en el tiempo del salario base de los trabajadores en términos reales y en número de veces el salario mínimo del

Distrito Federal²⁸, a nivel nacional. Durante los últimos 10 años el salario real creció 0.5% en promedio anual, mientras que en número de veces aumentó en 0.6% en promedio anual. De diciembre de 2013 a diciembre de 2014, el salario real registrado ante el Instituto presentó una ligera mejora, al pasar de un nivel de 293.2 a 294.7 pesos diarios, un incremento de 0.5%. Esta mejora contrasta con lo observado el año anterior, cuando el salario real se mantuvo constante entre diciembre de 2012 y diciembre de 2013, en un nivel de alrededor de 293.2 pesos diarios.

²⁷ El salario diario de los asegurados trabajadores del IMSS se refiere al ingreso integrado que incluye los pagos hechos en efectivo por cuota diaria, gratificaciones (utilidades y aguinaldo), percepciones, alimentación, habitación, primas (incluye prima vacacional), comisiones, prestaciones en especie y cualquier otra cantidad o prestación que se integra al trabajador por su trabajo. Se considera el salario al día último de mes y que refiera a un ingreso real percibido por parte de un patrón. Es decir, se excluye a las modalidades de aseguramiento 30 (productores de caña de azúcar), 35 (patrones personas físicas con trabajadores a su servicio), 43 (incorporación voluntaria del campo al Régimen Obligatorio) y 44 (trabajadores independientes), cuyo salario registrado refiere al salario mínimo de la zona. Tampoco se considera a las modalidades 32 (Seguro Facultativo), 33 (Seguro de Salud para la Familia), las que no tienen un salario registrado, ni a la modalidad 40 (Continuación Voluntaria en el Régimen Obligatorio), cuyo salario registrado refiere al percibido al momento de la baja del asegurado del IMSS o a un salario a su elección sin exceder el límite señalado por la Ley del Seguro Social

²⁸ Para 2014 el salario mínimo de la zona A, donde se ubica el Distrito Federal, es de 67.29 pesos.

Gráfica II.19.
Salario diario de trabajadores asegurados, 2005-2014^{1/}
 (pesos de 2014 y en número de veces el salario mínimo del Distrito Federal, cifras al cierre de cada mes)



^{1/} Serie ajustada estacionalmente con modelo Tramo/Seats

^{2/} SMDF: Salario mínimo del Distrito Federal

Fuente: Dirección de Incorporación y Recaudación, IMSS

La gráfica II.20 muestra que en los dos últimos años fue el empleo formal en rangos salariales altos el que más creció en términos relativos. En el 2013, el grupo de trabajadores con salario de más de 6 y hasta 8 salarios mínimos del Distrito Federal presentó el mayor aumento anual, de 7.6%. En el 2014, el grupo de trabajadores con salario de más de 20 salarios mínimos presentó el mayor crecimiento anual, de 7.4%. En términos absolutos, es el empleo en el rango salarial de entre 1 y hasta 2 salarios mínimos el que más creció en el 2013, y de más de 2 y hasta 4 salarios mínimos en el 2014.

Salario por actividad económica y tamaño de empresa

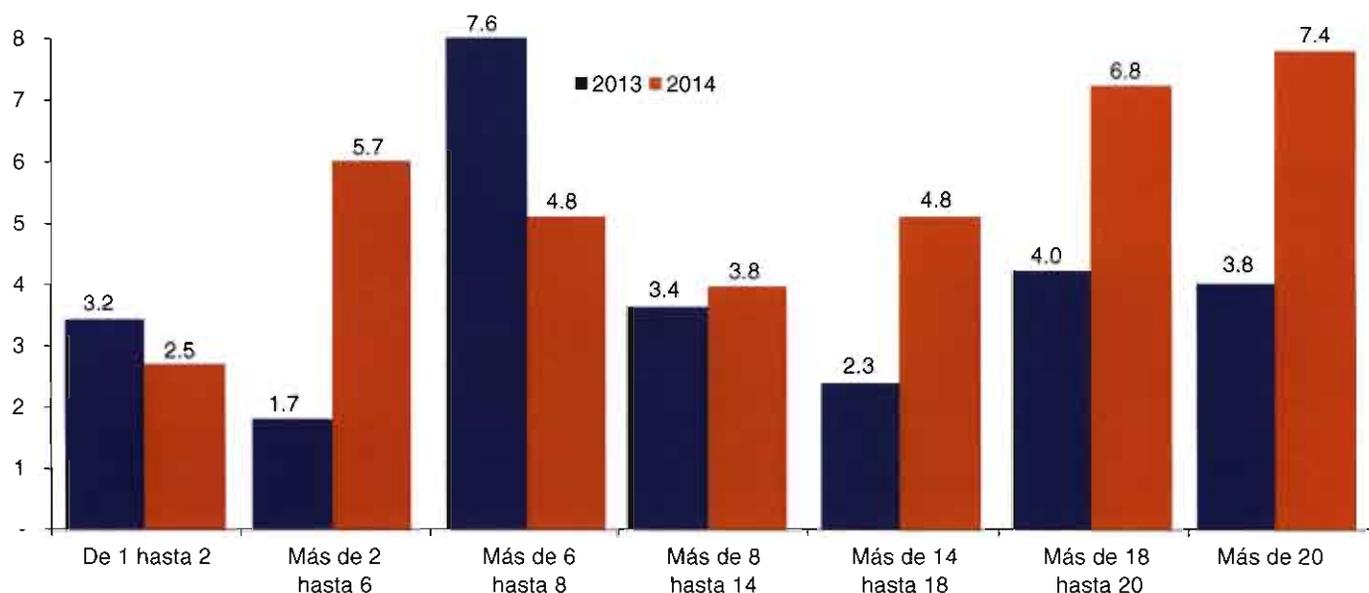
El nivel salarial de los trabajadores afiliados al IMSS varía en función del tamaño de las empresas y de la actividad económica asociada. En diciembre de 2014 se observó que son los patrones más grandes los que presentan los salarios más altos. Mientras que 42.9% de los trabajadores en empresas con más de 250 trabajadores percibe salarios de más de 4 salarios

mínimos del Distrito Federal; este porcentaje es de 7.4% en empresas con plantillas de 1 a 5 trabajadores (gráfica II.21).

Al 31 de diciembre de 2014, las empresas de más de 250 trabajadores registraron un salario promedio superior en 156.6% al correspondiente a los micronegocios (1 a 5 trabajadores), y 72.7% mayor al pagado por las empresas de tamaño pequeño (6 a 50 trabajadores). No obstante, durante los últimos 10 años se presenta una mejora relativa en los salarios de los trabajadores en empresas de menor tamaño, con tasas reales de crecimiento promedio anual de 0.9% para las micro, 0.5% para las pequeñas y de 0.1% para las empresas medianas y grandes (cuadro II.5).

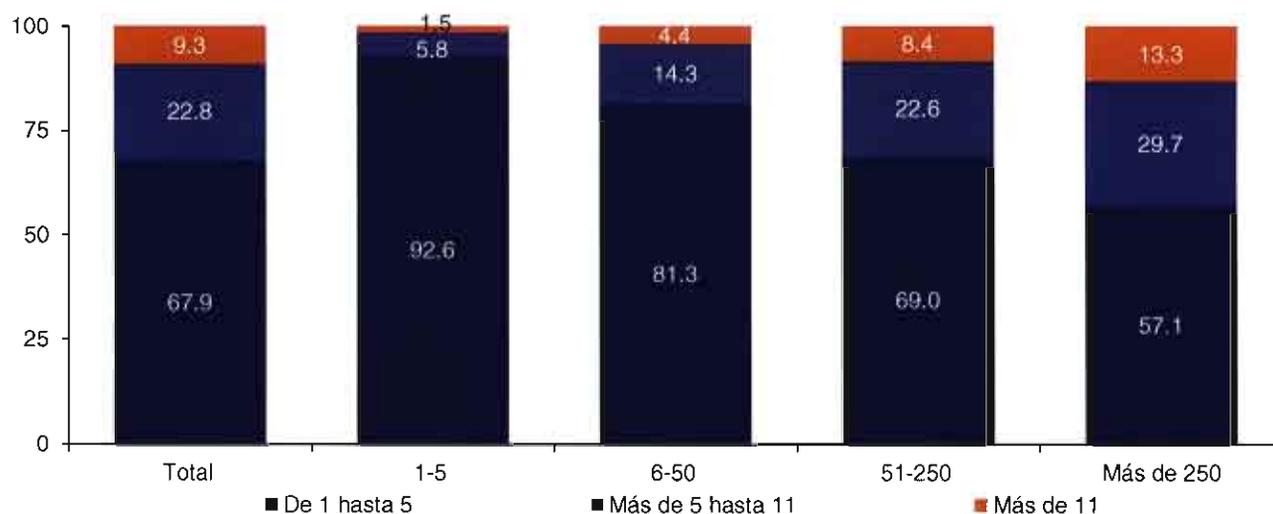
La gráfica II.22 detalla la distribución de los trabajadores por nivel salarial y sector económico. Como se puede observar, los sectores de la industria de electricidad y suministro de agua, y la industria extractiva son los que presentan las plantillas laborales con los salarios más altos. En el

Gráfica II.20.
Variación anual de trabajadores asegurados por rango salarial en número de veces el salario mínimo del Distrito Federal, 2013 y 2014¹⁷
 (porcentajes, cifras al cierre de año)



¹⁷Se incluye a los 140,403 puestos en aseguramiento voluntario asociados a un salario mínimo del Distrito Federal, modalidades 30, 35, 43 y 44
 Fuente: Dirección de Incorporación y Recaudación, IMSS

Gráfica II.21.
Distribución salarial de trabajadores asegurados en número de veces el salario mínimo del Distrito Federal y tamaño de empresa, 2014¹⁷
 (porcentajes, cifras al cierre de año)



¹⁷ Rango salarial en número de veces el salario mínimo del Distrito Federal. Se incluye a los 140,403 puestos en aseguramiento voluntario asociados a un salario mínimo del Distrito Federal, modalidades 30, 35, 43 y 44. De los 140,403, hay 30,955 que no tienen asociado un rango de tamaño de empresa; estos son agregados al rango de 1-5
 Fuente: Dirección de Incorporación y Recaudación, IMSS

Cuadro II.5.

Salario diario de trabajadores asegurados por tamaño de registro patronal, 2005-2014
(pesos de 2014 y número de veces el salario mínimo del Distrito Federal, cifras al cierre de año)

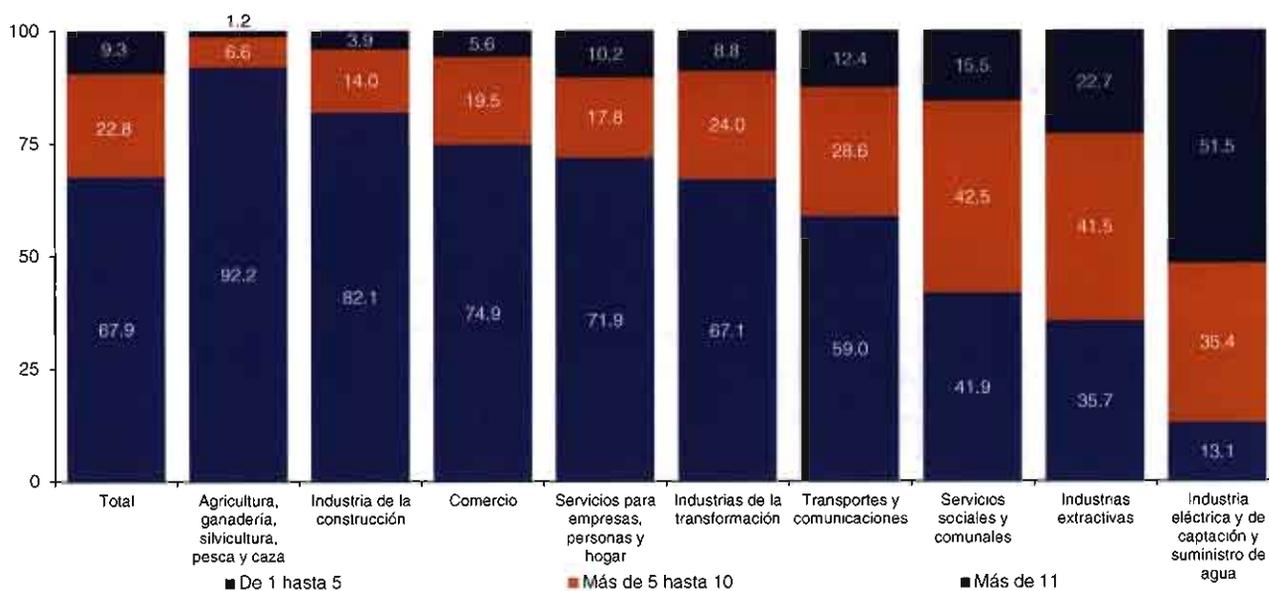
Año	Total		Micronegocios 1 a 5 trabajadores		Pequeños 6 a 50 trabajadores		Medianos 51 a 250 trabajadores		Grandes Más de 250 trabajadores	
	Pesos	Veces SMDF	Pesos	Veces SMDF	Pesos	Veces SMDF	Pesos	Veces SMDF	Pesos	Veces SMDF
	2005	287.60	4.2	137.33	2.0	207.03	3.1	285.65	4.2	366.55
2006	290.79	4.3	139.47	2.1	209.67	3.1	287.60	4.2	368.00	5.4
2007	293.73	4.3	141.22	2.1	212.06	3.1	290.54	4.3	369.42	5.5
2008	291.94	4.4	139.39	2.1	210.57	3.2	289.34	4.4	368.49	5.6
2009	290.28	4.4	139.44	2.1	210.92	3.2	288.62	4.3	366.14	5.5
2010	290.07	4.3	138.47	2.1	208.06	3.1	283.99	4.2	365.66	5.5
2011	292.01	4.4	138.11	2.1	207.92	3.1	284.92	4.2	366.21	5.5
2012	293.18	4.3	138.70	2.1	207.69	3.1	285.89	4.2	365.26	5.4
2013	293.15	4.3	138.84	2.1	206.89	3.1	283.70	4.2	365.35	5.4
2014	294.70	4.4	141.62	2.1	210.42	3.1	286.02	4.3	363.36	5.4

SMDF: Salario mínimo del Distrito Federal.

Fuente: Dirección de Incorporación y Recaudación, IMSS.

Gráfica II.22.

Distribución de puestos de trabajo por rango salarial en número de veces el salario mínimo del Distrito Federal y actividad económica, 2014¹¹
(porcentajes, cifras al cierre de año)



¹¹ Rango salarial en número de veces el salario mínimo del Distrito Federal. Se incluye a los 140,403 puestos en aseguramiento voluntario asociados a un salario mínimo del Distrito Federal, modalidades 30, 35, 43 y 44

Fuente: Dirección de Incorporación y Recaudación, IMSS.

primero, 51.5% de sus trabajadores se concentra en un rango salarial de más de 10 veces el Salario mínimo del Distrito Federal, en tanto que en la industria extractiva esta cifra se ubica en 22.7%.

El cuadro II.6 muestra que 8 de las 9 actividades económicas analizadas registraron un incremento del salario real en 2014 respecto a 2013. La industria de electricidad y suministro de agua reporta el mayor incremento anual de 10.2%, equivalente a una ganancia salarial de 72.3 pesos diarios. Solo transporte y comunicaciones presentó una ligera disminución de 0.3%.

Salario por región geográfica

La gráfica II.23 presenta el salario de los trabajadores por región para 2005 y 2014. En casi todas las regiones del país se observa un incremento salarial real en los últimos 10 años, excepto en la región centro, que el salario real disminuyó en 0.4%. El mayor incremento se reporta en la región sur, en donde se pasó de un salario real de 251.6 pesos diarios (3.7 veces el salario mínimo) en 2005 a 273.2 pesos diarios (4.1 veces el salario mínimo) en 2014²⁹.

En el sur, las entidades con una importante mejora salarial entre diciembre de 2013 y diciembre de 2014 fueron Campeche, Tabasco, Chiapas y Yucatán con

Cuadro II.6.
Salario diario por actividad económica, 2013-2014
(pesos de 2014 y número de veces el salario mínimo del Distrito Federal, cifras al cierre de cada año)

Actividad económica	2013		2014		Variación relativa (%)
	Pesos	Veces SMDF	Pesos	Veces SMDF	
	(a)	(b)	(c)	(d)	
Agricultura, ganadería, silvicultura, pesca y caza	152.58	2.3	155.34	2.3	1.8
Industrias de la transformación	296.43	4.4	298.06	4.4	0.5
Industrias extractivas	464.79	6.9	495.72	7.4	6.7
Industria eléctrica y de captación y suministro de agua	711.71	10.6	784.06	11.7	10.2
Industria de la construcción	205.74	3.1	207.57	3.1	0.9
Comercio	243.51	3.6	245.91	3.7	1.0
Transporte y comunicaciones	348.69	5.2	347.48	5.2	-0.3
Servicios para empresas, personas y hogar	283.64	4.2	284.76	4.2	0.4
Servicios sociales y comunales	413.16	6.1	415.78	6.2	0.6
Total	293.15	4.3	294.70	4.4	0.5

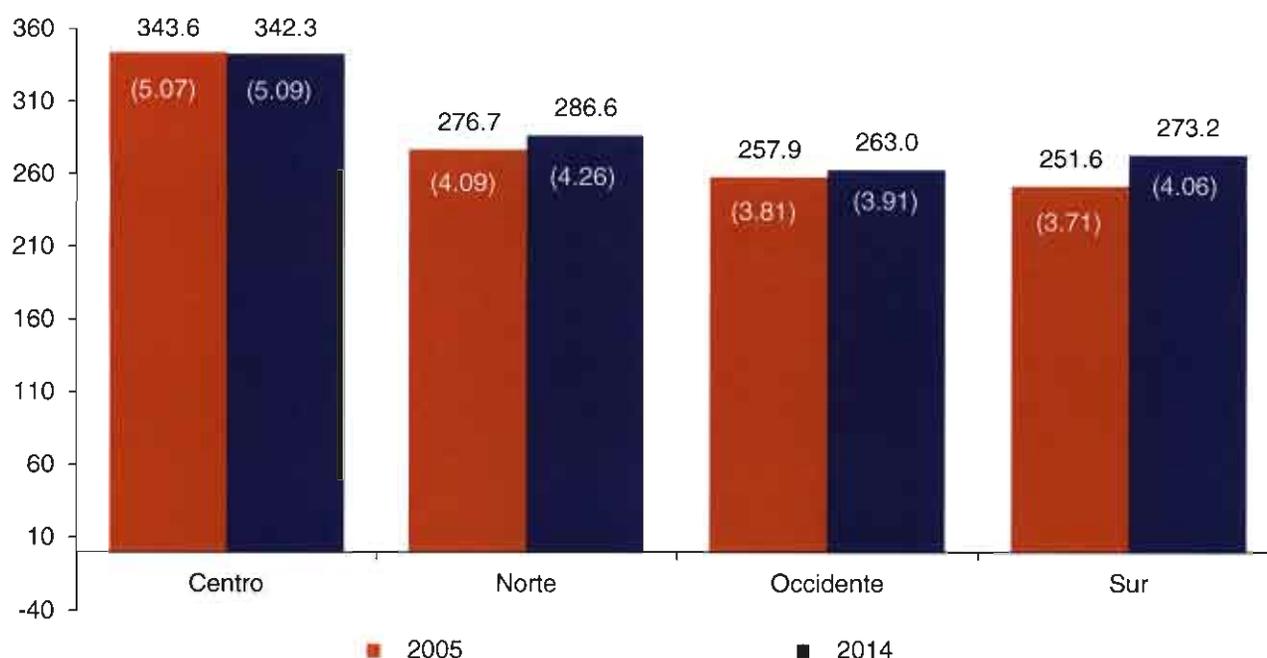
SMDF: Salario mínimo del Distrito Federal

Fuente: Dirección de Incorporación y Recaudación, IMSS.

²⁹ La región centro incluye al Distrito Federal, Querétaro, Guerrero, Morelos y Estado de México; la región norte incluye a Aguascalientes, San Luis Potosí, Chihuahua, Zacatecas, Nuevo León, Tamaulipas, Coahuila y Durango; la región occidente incluye a Guanajuato, Baja California Sur, Sinaloa, Jalisco, Colima, Sonora, Baja California, Nayarit y Michoacán, y la región sur incluye a Hidalgo, Tabasco, Quintana Roo, Yucatán, Oaxaca, Puebla, Campeche, Tlaxcala, Chiapas y Veracruz. Distribución regional con base en la clasificación de las delegaciones de adscripción al IMSS.

Gráfica II.23.

Salario por región en pesos de 2014 y número de veces el salario mínimo del Distrito Federal, 2005-2014^v
(cifras al cierre de cada año)



^v Salario mínimo del Distrito Federal para 2005, 46.80 pesos y para 2014, 67.29 pesos.
Fuente: Dirección de Incorporación y Recaudación, IMSS

crecimientos anuales superiores a 2.3% real. En el norte, occidente y centro destacan Baja California Sur, Colima y Morelos con crecimientos salariales por encima de 1.9% real. Todos estos incrementos se encuentran por encima del aumento nacional de 0.5% en el mismo periodo (gráfica II.24).

II.2.2. Asegurados no trabajadores

Entre los asegurados no trabajadores afiliados al IMSS, están los estudiantes de nivel medio superior y superior³⁰, mismos que se incorporaron al Instituto mediante un Acuerdo presidencial del 10 de junio de 1987, el cual quedó abrogado por el Decreto del 14 de septiembre de 1998, el cual está vigente hasta la fecha.

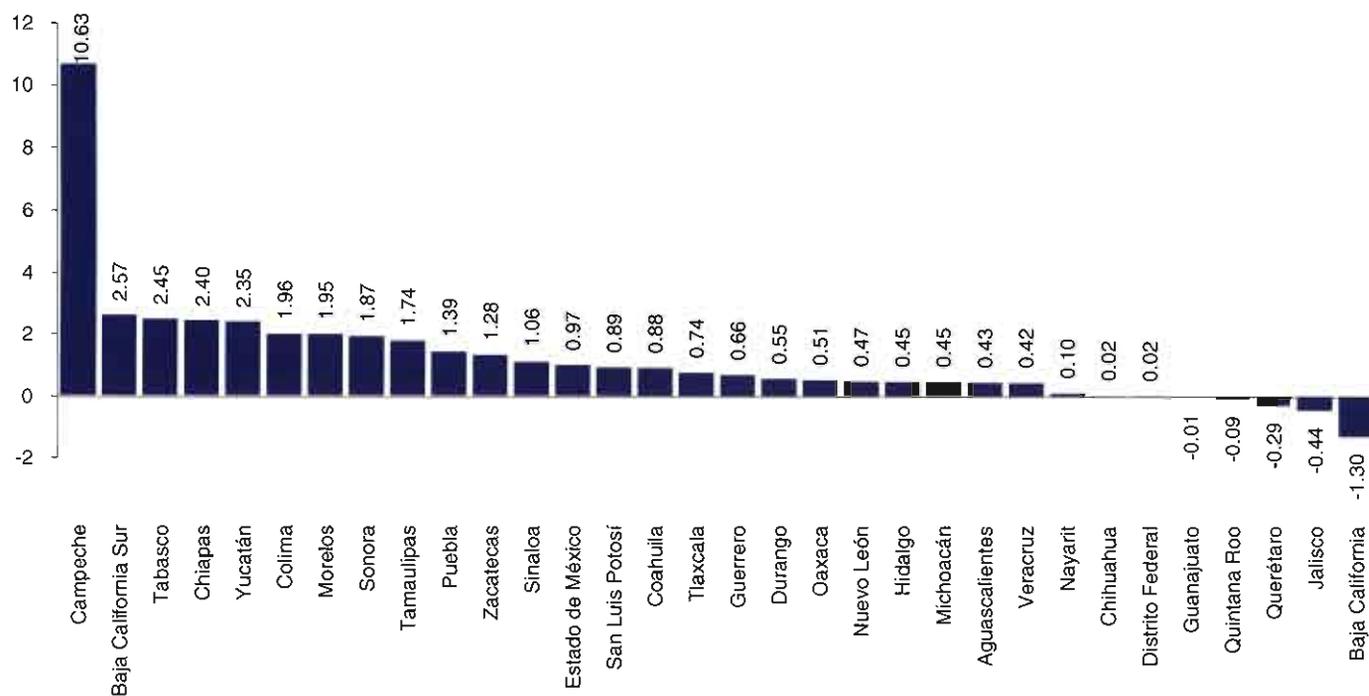
Este último Decreto establece la obligatoriedad de que el IMSS otorgue las prestaciones médicas

del Seguro de Enfermedades y Maternidad a este grupo de asegurados. Para financiar estos servicios, el Gobierno Federal cubre una prima de 1.723% de un salario mínimo vigente en el Distrito Federal, la cual para 2015 equivale a 1.21 pesos diarios, es decir, 440.86 pesos anuales, por estudiante. Desde el inicio de operación de esta modalidad de aseguramiento, el esquema de prestaciones médicas que se proporciona se ha ampliado, de manera que en la actualidad los estudiantes reciben atención médico-quirúrgica, farmacéutica, hospitalaria y, en su caso, asistencia obstétrica.

De diciembre de 2000 al mismo mes de 2014, el número de estudiantes incorporados al IMSS aumentó en 220%, pasando de 2.1 a 6.8 millones, lo que equivale a un crecimiento de 8.7% en promedio anual, como se muestra en la gráfica II.25.

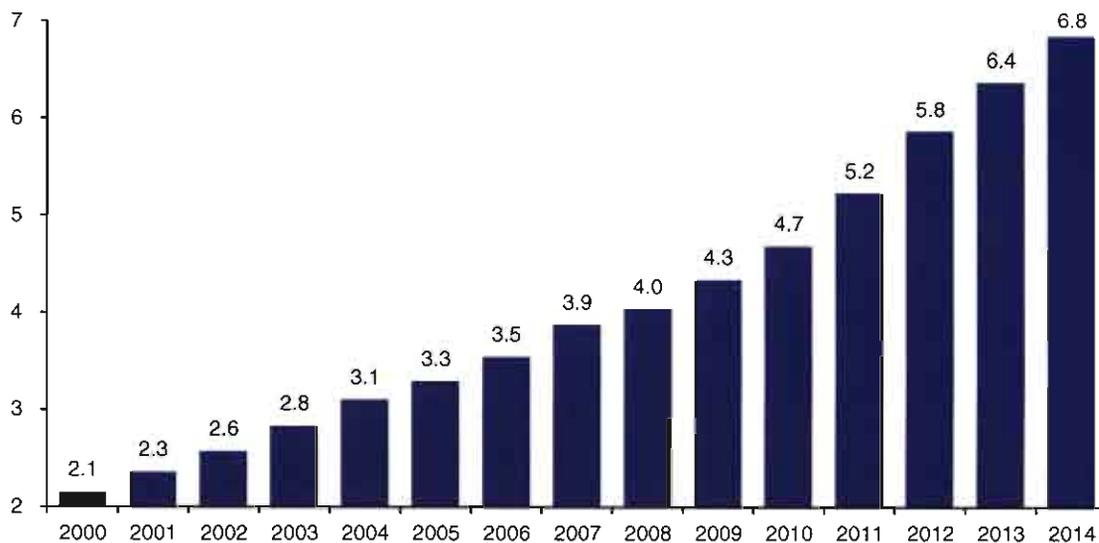
³⁰ Los estudiantes se afilian al Instituto en la modalidad 32. Además de estudiantes, en esta modalidad se afilia a familiares de la Comisión Federal de Electricidad y del personal del IMSS. En diciembre de 2014 se ubican 6,942,999 asegurados en la modalidad 32, de los cuales 6,820,694 son estudiantes.

Gráfica II.24.
Variación anual del salario real de asegurados trabajadores por entidad, 2014
 (porcentajes, cifras al cierre de año)



Fuente: Dirección de Incorporación y Recaudación, IMSS

Gráfica II.25.
Estudiantes afiliados al IMSS, 2000-2014
 (millones de estudiantes, cifras al cierre de año)



Fuente: Dirección de Incorporación y Recaudación, IMSS

Por la definición de esta población, en su mayoría está en el rango de 15 a 29 años de edad, y se encuentra expuesta principalmente a los siguientes factores de riesgo: consumo de alcohol, iniciación en las drogas, embarazos no deseados, acoso escolar, trastornos en la alimentación, maltrato por género, problemas derivados del uso de tecnología, socio-adicciones, trastornos emocionales y accidentes relacionados con vehículos automotores³¹.

En 2011, la Secretaría de Educación Pública y el IMSS firmaron un convenio de colaboración que beneficia a más de 1 millón de jóvenes de 1,685 bachilleratos federales y estatales en todo el país, mediante el cual se combate la obesidad, el sedentarismo, las adicciones, los embarazos no deseados, especialmente en adolescentes, y las enfermedades crónico-degenerativas en educación media superior.

Los jóvenes de entre 20 y 24 años de edad, que en su mayoría cursan estudios de nivel superior, cuentan con una menor exposición a riesgos, tales como embarazos no deseados o enfermedades de transmisión sexual, pero siguen estando expuestos a accidentes en vehículos automotores, así como a adicciones como el tabaquismo, el alcoholismo o la drogadicción

En 2014 se estima que el gasto médico por la atención de estos asegurados ascendió a 8 mil millones de pesos de 2015. En contraparte, los ingresos se calcularon en 2.8 miles de millones de pesos. Es decir, que los gastos derivados de los servicios otorgados a esta población representan casi 3 veces la aportación que hace actualmente el Gobierno Federal.

La situación financiera del Seguro de Salud para Estudiantes indica que éste enfrenta presiones en el gasto, a las que difícilmente se puede hacer frente con la prima que se aporta actualmente, por lo que

³¹ Anuario de Morbilidad 2013 de la Dirección General de Epidemiología de la Secretaría de Salud y de la Encuesta Nacional de Adicciones 2011 del Instituto Nacional de Salud Pública y la Guía Juvenil 2015 del Instituto Nacional de la Juventud de los jóvenes entre los 15 y 19 años de edad.

es necesario hacer una revisión al esquema de financiamiento de este seguro, que como se mencionó anteriormente continúa vigente desde 1998.

II.2.3. Pensionados

Adicional a los asegurados vigentes, trabajadores y no trabajadores, en el IMSS se registra a las personas pensionadas del sector privado, así como a los ex trabajadores del propio Instituto. La evolución en el número de pensionados es relevante, dada la situación financiera del IMSS, toda vez que no aportan ingreso corriente. Los gastos erogados por las prestaciones y servicios que se les proporcionan son cubiertos principalmente por las cuotas de los trabajadores en activo y las aportaciones a cargo del Gobierno Federal, de conformidad con lo señalado en la Ley del Seguro Social.

La gráfica II.26 muestra que el número de pensiones pagadas mantiene una tendencia de crecimiento sostenido, con una tasa de aumento promedio anual de alrededor de 4.1% durante el periodo 2005-2014. Al cierre de 2014 se registró un total de 3'337,397 pensiones (no IMSS), mientras que el número de pensiones asociadas a ex trabajadores del IMSS alcanzó una cifra de 251,567. Como resultado, al cierre de 2014 el IMSS cubría a 3'588,964 pensionados.

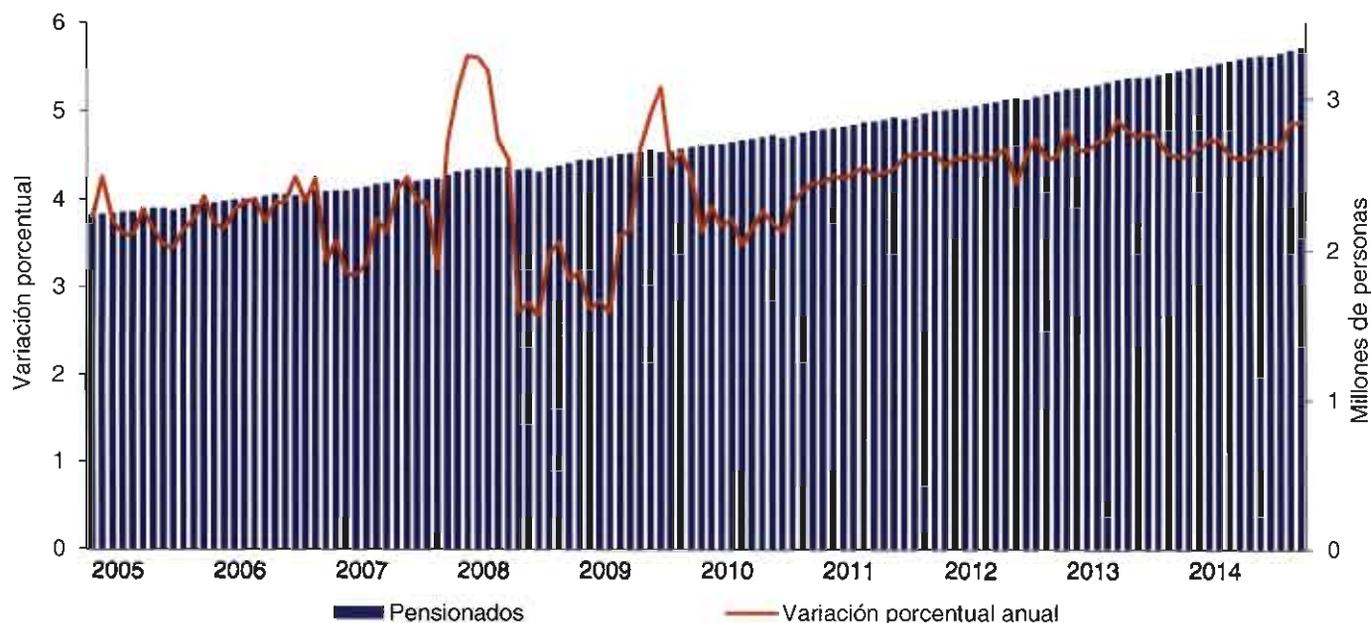
II.2.4. Beneficiarios de asegurados y pensionados

En el registro del padrón del IMSS se contabiliza tanto a los derechohabientes titulares como a sus beneficiarios (cuadro II.7)³².

- i) Titulares, asegurados y pensionados que fueron presentados en las secciones anteriores. Al cierre de 2014, se contabilizan 24'736,044 asegurados (trabajadores y no trabajadores), con nombre y

³² El Artículo 84 de la Ley del Seguro Social considera beneficiarios con derechos a: i) esposa(o) o concubina(o); ii) hijos menores de 16 años o mayores incapacitados, y iii) padre y madre que vivan con el titular.

Gráfica II.26.
Pensionados, 2005-2014^{1/}
(millones de personas y porcentajes, cifras al cierre de cada mes)



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

Fuente: Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales, IMSS

Cuadro II.7.
Población derechohabiente del IMSS, 2014
(cifras al cierre del año)

Tipo de afiliación	Derechohabientes
Titulares^{1/}	28,325,008
Asegurados	24,736,044
Trabajadores	17,239,587
No trabajadores	7,496,457
Pensionados	3,588,964
Pensionados no IMSS	3,337,397
Pensionados IMSS	251,567
Familiares	31,162,136
Adscritos	24,796,425
Asegurados ^{2/}	22,300,884
Pensionados ^{3/}	2,495,541
No Adscritos	6,365,711
Total	59,487,144

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

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

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

Fuente: Dirección de Incorporación y Recaudación, IMSS

apellidos, semanas de cotización, una historia salarial, una empresa asociada, y de los que cada mes se recibe el pago de sus contribuciones, y 3'588,964 pensionados, con nombre y apellidos, y a los que mes a mes se les paga su pensión. Esto es, un total de 28'325,008 derechohabientes titulares plenamente identificados; alrededor de 90% de ellos con una Clave Única de Registro de Población (CURP) asociada en los sistemas del Instituto³³.

ii) Familiares derechohabientes de los titulares.

Al cierre de 2014, se identifican 24'796,425 beneficiarios adscritos a una clínica, con nombre y apellidos, parentesco con su titular, fecha de nacimiento y alrededor de 70% con la Clave Única de Registro de Población identificada en los sistemas del IMSS. Adicionalmente, se estima que existen 6'365,711 que son familiares de los titulares pero que no han sido adscritos a una clínica del IMSS³⁴. Esto ocurre porque el titular en ocasiones no da de alta a su familiar sino hasta que sucede un siniestro. Estos usuarios potenciales deben ser considerados como derechohabientes, ya que en cualquier momento pueden requerir los servicios del Instituto. Esto es, se contabiliza a un total de 31'162,136 derechohabientes familiares.

³³ La cifra de 28'325,008 derechohabientes titulares al cierre de 2014 incluye duplicidades del tipo de pensionados con aseguramiento vigente (por ejemplo, una persona que recibe una pensión por viudez y al mismo tiempo mantiene un empleo remunerado y subordinado), no contabiliza a asegurados en baja pero con conservación de derechos, y considera a las pensiones derivadas que refieren a pensiones pagadas a beneficiarios de titulares fallecidos. La cifra de derechohabientes titulares adscritos a clínica, incluyendo a asegurados en baja pero en conservación de derechos, eliminando duplicidades, y sin considerar a las pensiones derivadas, es de 27'921,063.

³⁴ La estimación de los beneficiarios no adscritos se realiza a partir de coeficientes familiares, que expresan el número promedio de personas que de acuerdo con la Ley del Seguro Social pueden considerarse como beneficiarios de cada trabajador afiliado al IMSS. Estos coeficientes se computan a partir de fuentes externas, como los censos y encuestas publicadas por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). La estimación de 6'365,711 beneficiarios potenciales involucra 4 coeficientes familiares. Un coeficiente familiar de 1.799 aplicable a trabajadores asegurados, uno de 1.838 para pensionados por riesgos de trabajo, 1.68762 para pensionados por invalidez y vida, y 0.92119 para pensionados por retiro, cesantía y vejez. Mientras que a los asegurados no trabajadores no se les asocia a ningún beneficiario, ya que no tienen ese derecho. En abril de 2014, con base en el Censo de Población y Vivienda de 2010 publicado por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía, se actualizó el coeficiente familiar aplicado a trabajadores activos, pasando de 1.799 a 1.639.

Al considerar las adscripciones efectivas de titulares y sus beneficiarios, se obtiene una población derechohabiente de 53'121,433 personas adscritas a Unidad de Medicina Familiar (UMF)³⁵, plenamente identificadas y alrededor de 80% de ellas con Clave Única de Registro de Población asociada en los sistemas del IMSS al cierre de 2014. En la siguiente sección se describen los más recientes avances en el registro de esta clave única, de tal manera que a abril de 2015, 87% de las adscripciones ya cuenta con este dato.

Finalmente, al considerar a los cerca de 6.4 millones de beneficiarios no adscritos pero con derecho, la población cubierta por el Instituto alcanza las 59'487,144 personas (gráfica II.27), lo que representa más del 50% de la población del país³⁶.

Estos 59.5 millones de derechohabientes registrados en 2014 representan la población potencial a ser atendida por el IMSS, ya que son personas que tienen el derecho a utilizar los servicios que éste otorga. Si se contabiliza a los casi 12 millones de beneficiarios adscritos a IMSS-PROSPERA, se alcanza un total de más de 71 millones de personas cubiertas³⁷.

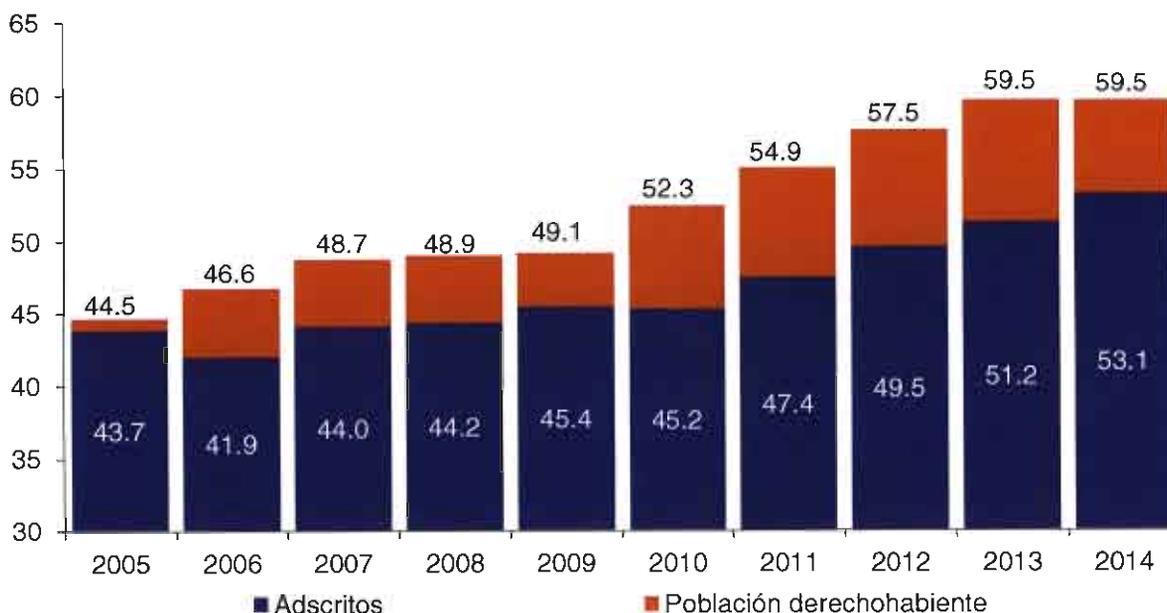
Entre diciembre de 2013 a diciembre de 2014, y como se menciona en la Introducción de este Informe, la población derechohabiente del IMSS, incluyendo

³⁵ En los registros del IMSS se identifica a personas adscritas en más de una modalidad de aseguramiento o incluso a personas pensionadas con aseguramiento vigente (por ejemplo, una persona que recibe una pensión por viudez y al mismo tiempo mantiene un trabajo remunerado y subordinado). A estos casos, poco frecuentes, en la cifra de población derechohabiente se les contabiliza más de una vez.

³⁶ Se considera la población del país publicada por el Consejo Nacional de Población (CONAPO), referente a cifras de junio de cada año. La población al cierre de 2014 se estimó como el promedio a mitad de año de 2014 y 2015, cifra de 120'359,509 personas.

³⁷ El padrón de IMSS-PROSPERA se integra con base en los registros de la Secretaría de Desarrollo Social (alrededor de 11.7 millones de beneficiarios al cierre de 2014) y con base en censos realizados por el IMSS en los 27 municipios con presencia del Programa (más de 4 millones de beneficiarios adicionales al cierre de 2014). Toda esta población se encuentra adscrita a clínica. En el Capítulo VIII de este Informe se describe el Programa IMSS-PROSPERA y su afiliación.

Gráfica II.27.
Población derechohabiente potencial y adscritos al IMSS, sin IMSS-PROSPERA, 2005-2014^{1/}
 (millones, cifras al cierre de cada año)



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

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

los afiliados en IMSS-PROSPERA, presentó una ligera disminución, de 71.4 a 71.1 millones de personas. Lo anterior, debido a la actualización del coeficiente familiar utilizado en el cálculo de la población beneficiaria no adscrita. En abril de 2014, con base en el Censo de Población y Vivienda de 2010, publicado por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), se actualizó el coeficiente familiar aplicado a trabajadores activos, pasando de 1.799 a 1.639. Este coeficiente familiar expresa el número promedio de familiares que de acuerdo con la Ley del Seguro Social pueden considerarse como beneficiarios de cada trabajador afiliado al IMSS. Esta actualización significó una reducción en la población de beneficiarios no adscritos de alrededor de 2 millones de personas; se pasó de una cifra de familiares no adscritos de 8.3 millones en diciembre de 2013 a 6.3 millones de derechohabientes en diciembre de 2014.

II.2.5. Registro de la CURP en la población adscrita

Desde el inicio de esta Administración se ha buscado transparentar y mejorar la calidad del padrón de derechohabientes del IMSS. Por tanto, adicional a la clave interna del Instituto que es el número de seguridad social (NSS), se ha trabajado en incrementar el número de registros que cuenten con el dato de la Clave Única de Registro de Población.

En lo que va de este año se logró incorporar en los sistemas del Instituto alrededor de 5 millones de claves únicas, siendo éste el mayor poblamiento reportado desde que se tiene registro (desde 2011). De este modo, el conteo más reciente indica que alrededor de 87% de la población derechohabiente adscrita al IMSS cuenta con este dato. Esto es, de las 53.6 millones de

adscripciones registradas al 30 de abril de 2015³⁸, 46.5 millones cuenta con el dato de la Clave Única de Registro de Población (gráfica II.28).

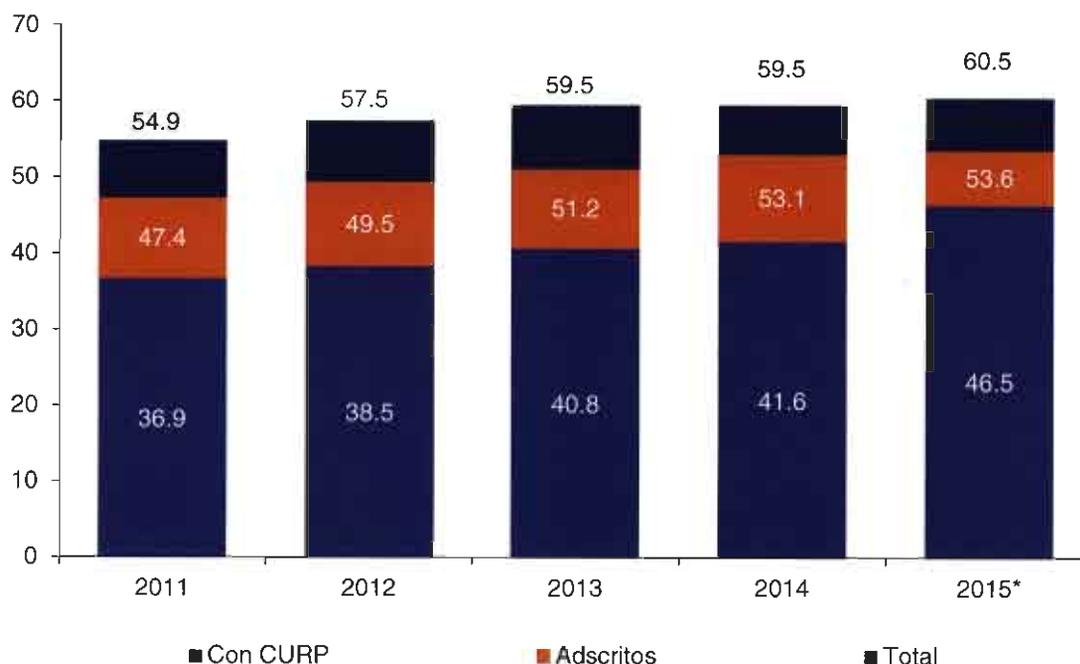
Este avance es resultado tanto del cruce de información con el Registro Nacional de Población e Identificación Personal (RENAPO) y con el Seguro Popular, como de la estrategia de digitalización de trámites llevada a cabo en esta Administración. En este proyecto de IMSS-Digital se han generado llaves de acceso que evitan la incorporación de información inválida de la CURP u omisa en todos los trámites

realizados en línea, y hacia adelante se busca que los derechohabientes puedan, además, solicitar la corrección y actualización de datos, entre ellos de la CURP, de una manera fácil y sencilla.

Cobertura de seguridad social

En los últimos 10 años se observan mejoras en la cobertura de seguridad social del IMSS. En este periodo de 2005 a 2014, el aseguramiento en el Instituto se ha ampliado de manera significativa, con un crecimiento casi al doble que la población. Esto es,

Gráfica II.28.
Población derechohabiente al IMSS, total, adscrita y con el dato de la CURP,
sin IMSS-PROSPERA, 2011-2015^{1/}
 (millones, cifras al cierre de cada año)



^{1/} La Ley del IMSS permite afiliaciones en doble rol, esto es, familiares con más de un titular (por ejemplo, un mismo hijo asegurado tanto por la madre como por el padre), así como afiliaciones de una misma persona asegurada como trabajador titular y como beneficiario cónyuge, o una persona que recibe una pensión por orfandad o viudez y que a la vez es trabajador titular. En la cifra de adscripciones al IMSS estos casos se contabilizan dos veces, ya que aunque se trate de una misma persona, ésta mantiene dos aseguramientos diferentes, con prestaciones distintas en cada rol. Al 30 de abril de 2015 se contabilizan 53.6 millones de adscripciones, de éstas, 46.5 millones cuentan con el dato de CURP, las que a su vez se asocian a 42.5 millones de personas con CURP. Esto es, al cierre de abril se identifican alrededor de 3.8 millones de personas con más de un rol.

CURP: Clave Única de Registro de Población.

* Para 2015, cifras al mes de abril.

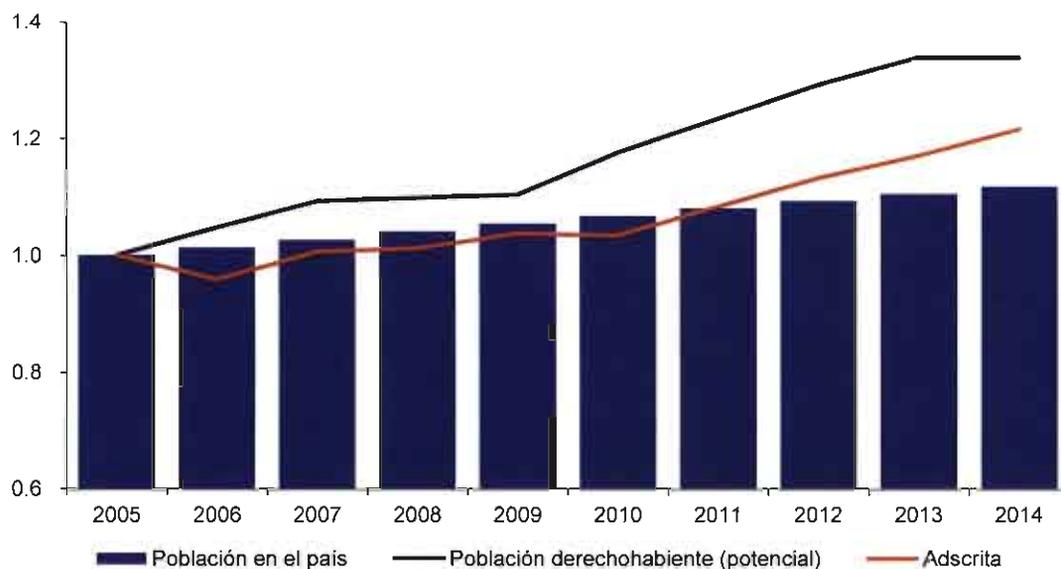
Fuente: Dirección de Incorporación y Recaudación, IMSS.

³⁸ En los registros del IMSS se identifica a personas adscritas en más de una modalidad de aseguramiento o incluso a personas pensionadas con aseguramiento vigente (por ejemplo, una persona que recibe una pensión por viudez y al mismo tiempo mantiene un trabajo remunerado y subordinado). A estos casos se les contabiliza más de una vez en la cifra de población derechohabiente.

mientras que la población en el país aumentó en 11.7%, en ese mismo lapso de 10 años la población adscrita al IMSS aumentó en 21.4%. Si se considera a la población no adscrita pero con el derecho, la

diferencia en crecimiento es aún mayor. En los últimos 10 años, la población derechohabiente del IMSS creció en 33.6%, casi tres veces por encima que el crecimiento de la población del país (gráfica II.29).

Gráfica II.29.
Población total, derechohabiente y adscrita, sin IMSS-PROSPERA, 2005-2014¹⁷
 (índice base 2005)



¹⁷Para población derechohabiente, adscrita y potencial, se utiliza el dato de cierre de cada año. Para la población total, se utiliza el promedio entre la cifra de mitad del año vigente y la del año siguiente.
 Fuente: Consejo Nacional de Población, y Dirección de Incorporación y Recaudación, IMSS.



Seguro de Riesgos de Trabajo



Este capítulo analiza la situación financiera que guarda el Seguro de Riesgos de Trabajo (SRT), y presenta el estado de actividades y los resultados de la valuación actuarial del mismo. El estado de actividades contiene dos versiones, con y sin registro total del costo laboral del Régimen de Jubilaciones y Pensiones (RJP). También se detallan las acciones emprendidas para dar mayor viabilidad financiera a este seguro en el corto y largo plazos, atendiendo los dos objetivos estratégicos institucionales:

- i) Mejorar la calidad y calidez de los servicios al otorgar las prestaciones a los asegurados y a los beneficiarios con derecho a ellas, de forma expedita y transparente.
- ii) Sanear financieramente al Instituto.

A dos años del inicio de esta Administración, aunque aún se tiene mucho trabajo pendiente, es posible decir que las estrategias implementadas para que las prestaciones del Seguro de Riesgos de Trabajo se otorguen de forma más eficiente y expedita a quienes tienen derecho a recibirlas, además de evitar abusos en su prescripción, han llevado esta actividad a un punto de inflexión en el que, como se verá a lo largo del capítulo, se ha logrado reducir los días de trámite para la obtención de los beneficios del seguro y al mismo tiempo convertir el crecimiento sostenido en el gasto en subsidios por incapacidad que se había observado los últimos 6 años (7.6% anual promedio) en un decremento de 5.6% anual para el periodo 2013-2014.

Hoy en el IMSS se monitorean los días de trámite para las prestaciones que otorga este seguro y se cuenta con presupuestos de días de incapacidad por unidad de medicina familiar y por médico, lo que permite a las delegaciones contar con información actualizada y precisa para dar seguimiento puntual a los tiempos de espera y el gasto que representa el otorgamiento de estas prestaciones en todas las unidades del Instituto que expiden incapacidades. El trabajo pendiente en esta materia se traduce en brindar a los trabajadores asegurados al IMSS mayor información y capacitación para evitar accidentes y enfermedades profesionales, así como las herramientas para que en caso de utilizar estas prestaciones, puedan hacerlo de la forma más ágil y expedita posible, tema que se abordará en la sección final del capítulo.

III.1. Introducción

El Seguro de Riesgos de Trabajo protege al trabajador en caso de que sufra algún accidente o enfermedad relacionados con el ejercicio del trabajo, incluyendo los ocurridos en trayecto, así como a los beneficiarios del asegurado si el riesgo de trabajo trae como consecuencia su muerte. También beneficia a las empresas al relevarlas del cumplimiento de las obligaciones que establece la Ley Federal del Trabajo³⁹ sobre la responsabilidad por esta clase de riesgos, al realizar las aportaciones de seguridad social.

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

³⁹ Artículo 53 de la Ley del Seguro Social

La gráfica III.1 muestra los eventos que generan las prestaciones en especie y en dinero del Seguro de Riesgos de Trabajo.

Al 31 de diciembre de 2014, el Seguro de Riesgos de Trabajo cubría a 16'796,069⁴⁰ trabajadores con las prestaciones en dinero y en especie señaladas en el cuadro III.1 y la gráfica III.1, y es financiado por las cuotas que aportan los patrones y demás sujetos obligados⁴¹. Las cuotas de este seguro se fijan conforme al porcentaje determinado en la Ley del Seguro Social, en relación con la cuantía del salario base de cotización y los riesgos inherentes a la actividad del patrón.

Durante 2014 el Instituto otorgó, con cargo a este seguro, prestaciones en dinero por un monto de 6,386 millones de pesos, 3% menos que en 2013 en términos reales, distribuidos de la forma que muestra el cuadro III.2.

La incidencia de riesgos de trabajo no sólo determina el nivel de gasto que existirá en el Instituto para atenderlas, también impacta en la prima de riesgo que por Ley deben pagar al IMSS las empresas, lo que se traduce en un costo adicional para aquellas que tienen un mayor índice de estos eventos. Es por ello que históricamente, el IMSS ha realizado acciones para incidir en la reducción de accidentes y enfermedades profesionales, buscando reducir el gasto en el seguro pero además, el costo en que incurren las empresas por el aumento en sus primas de riesgo de trabajo. A pesar de las acciones realizadas en años anteriores, el Seguro de Riesgos de Trabajo

⁴⁰ A diciembre de 2014 el IMSS contaba con 17'239,587 trabajadores asegurados. El Seguro de Riesgos de Trabajo no cubre con prestaciones económicas a los trabajadores domésticos (modalidad 34), trabajadores al servicio de gobiernos estatales, municipales y organismos descentralizados (modalidad 36), trabajadores al servicio de las administraciones públicas federales, entidades federativas y municipios (modalidad 38), de incorporación voluntaria del campo al Régimen Obligatorio (modalidad 43) y trabajadores independientes (modalidad 44).

⁴¹ Las pensiones otorgadas al amparo de la Ley de 1973 son a cargo del Gobierno Federal, de acuerdo con lo establecido en los Artículos Tercero, Undécimo y Duodécimo Transitorios de la reforma a la Ley del Seguro Social, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 21 de diciembre de 1995 y vigente a partir del 1 de julio de 1997.

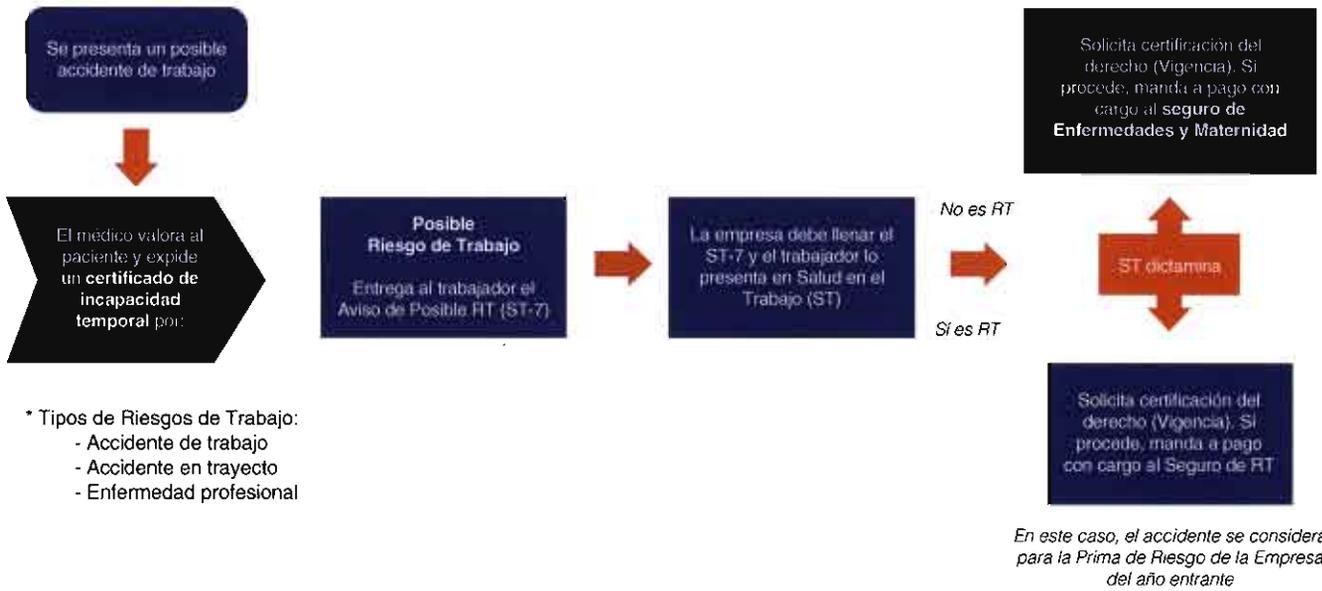
Cuadro III.1.
Prestaciones del Seguro de Riesgos de Trabajo

Tipo de prestación	Concepto y fundamento en la LSS	Descripción
El asegurado que sufra un riesgo de trabajo tiene derecho a las siguientes prestaciones:		
En especie	Asistencia médica, quirúrgica y farmacéutica	Prestaciones con cargo al Seguro de Riesgos de Trabajo
	Servicio de hospitalización Art. 56	
	Aparatos de prótesis y ortopedia Rehabilitación	
	Servicios de carácter preventivo. Artículos 80 al 83	Regularización sobre prevención de Riesgos de Trabajo en los centros de trabajo. El Instituto establecerá programas para promover y apoyar la aplicación de acciones preventivas de riesgos de trabajo en las empresas de hasta cien trabajadores.
Asegurados	Subsidio por incapacidad temporal para el trabajo. Artículo 58, fracción I	En 100% del salario base de cotización en el momento de ocurrir el riesgo, en tanto no se declare que se encuentra capacitado para trabajar, o bien se declare la incapacidad permanente parcial o total, lo que deberá realizarse dentro del término de 52 semanas.
	Indemnización Global. Artículo 58, fracción III	El equivalente de cinco anualidades de la pensión que hubiese correspondido por incapacidad permanente parcial, cuando la valuación definitiva de ésta, sea hasta 25% o por elección del asegurado, cuando exceda de 25% y no rebase 50%.
	En dinero (con cargo al SRT)	La cantidad que resulte de multiplicar 70% del salario base de cotización del asegurado en el momento de ocurrir el accidente de trabajo por la valuación de la incapacidad conforme a la tabla contenida en la Ley Federal del Trabajo. Para enfermedad de trabajo se calcula considerando el promedio del salario de las últimas 52 semanas cotizadas o las que tuviere si el lapso de cotización es menor. Tiene carácter de provisional durante un periodo de adaptación de dos años, en el cual el Instituto podrá ordenar o, por su parte, el asegurado solicitar la revisión de la incapacidad con el fin de modificar la cuantía de la pensión. Transcurrido el periodo de adaptación de una pensión provisional, o cuando derivado de la valoración médica inicial se establezca que el riesgo de trabajo dejará secuelas permanentes e irreversibles, se otorga una pensión definitiva.
	Pensión por incapacidad permanente parcial. Artículos 58, fracción II, 61	
	Pensión por incapacidad permanente total. Artículo 58, fracción II, 61	El equivalente a 70% del salario base de cotización del asegurado en el momento de ocurrir el accidente de trabajo. En el caso de enfermedad de trabajo, el equivalente a 70% del promedio del salario de las últimas 52 semanas cotizadas o las que tuviere si el lapso de cotización es menor. Tiene carácter de provisional durante un periodo de adaptación de dos años, durante el cual, el IMSS podrá ordenar la revisión de la incapacidad con el fin de modificar la cuantía de la pensión. Transcurrido el periodo de adaptación de una pensión provisional, o cuando derivado de la valoración médica inicial se establezca que el riesgo de trabajo dejará secuelas permanentes e irreversibles, se otorga una pensión definitiva.
	Asignaciones familiares y Ayuda asistencial. Artículo 59	La pensión de Incapacidad Permanente Total comprenderá las asignaciones familiares y la ayuda asistencial.
Beneficiarios	En dinero (con cargo al SRT)	En caso de fallecimiento del asegurado, se otorgará con base en aquella de incapacidad permanente total que le hubiese correspondido: a) Viudez; equivalente a 40%. Se otorga al cónyuge sobreviviente, a falta de éste a la concubina o concubinario. Artículos 64, fracción II, y 65. b) Orfandad; equivalente a 20 por ciento, si la orfandad es por la muerte de ambos padres, será equivalente al 30%. Se otorga a los hijos hasta los 16 años sin limitación o condición alguna, a los hijos mayores de 16 y hasta los 25 años cuando se encuentren estudiando en planteles del sistema educativo nacional y, en caso, a los hijos totalmente incapacitados debido a una enfermedad crónica o discapacidad por deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales, que les impida mantenerse por su propio trabajo, hasta en tanto recupere su capacidad para el trabajo. Artículo 64, fracciones III, IV y V. c) Ascendencia; equivalente a 20 por ciento. Es otorgada a cada uno de los padres dependientes económicamente del asegurado, a falta de cónyuge, concubina o concubinario e hijos con derecho. Artículo 66, PÁRRAFO TERCERO. Las mismas reglas aplican para los beneficiarios al fallecimiento del pensionado por riesgo de trabajo.
	Ayudas para gastos de funeral. Artículo 64, fracción I.	Pago en una sola exhibición de la cantidad equivalente a 60 días del salario mínimo general que rija en el Distrito Federal.

Fuente: Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales. IMSS.

Gráfica III.1.
Eventos que generan prestaciones en dinero en el Seguro de Riesgos de Trabajo^{1/}

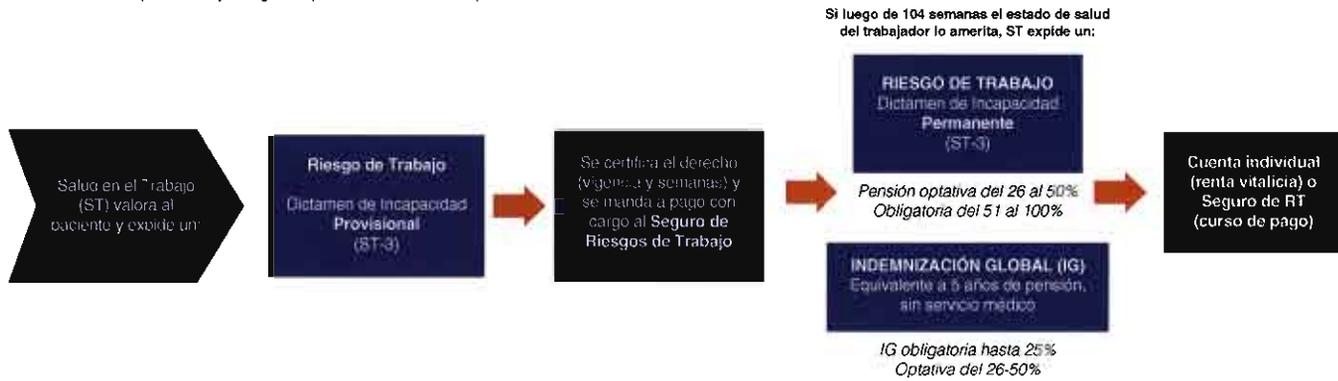
Subsidios



Los certificados de incapacidad tienen un límite máximo de hasta 52 semanas. Este plazo puede ser menor en caso de que desde la primera valoración se determine que la incapacidad puede ser permanente.

Pensiones

En caso de que el trabajador sea incapacitado al término del plazo máximo de un año:



Los dictámenes de Incapacidad tienen un límite máximo de 104 semanas

Este plazo puede ser menor si se determina antes una pensión por incapacidad o una indemnización global.

Pensiones permanentes

No se requiere tener como antecedente directo una pensión provisional.

El financiamiento corresponde al Gobierno Federal en caso de LSS73, y a la cuenta individual en caso de LSS97. Si los recursos resultan insuficientes, el Instituto cubre la diferencia para la compra de una renta vitalicia

* Si no cuenta con derecho (semanas) se emite una negativa de pensión.

^{1/} Con cargo a este seguro también se otorgan ayudas para gastos de funeral a los deudos, en caso de fallecimiento del trabajador por un accidente o enfermedad profesional.

Cuadro III.2.
Distribución de las prestaciones del Seguro de
Riesgos de Trabajo (SRT)
(millones de pesos)

Total de prestaciones en dinero	12,376
Con cargo al SRT	6,386
Ayudas para gastos funerarios	1
Subsidios por incapacidad temporal para el trabajo	2,870
Indemnizaciones globales y laudos RT 97	594
Pensiones provisionales	483
Sumas aseguradas por rentas vitalicias (Ley 97)	2,438
Con cargo al Gobierno Federal	5,990
Pensiones definitivas (Ley 73, con cargo al Gobierno Federal)	5,990
Prestaciones en especie (servicio médico con cargo al SRT)	2,921
Prestaciones totales del Seguro de Riesgos de Trabajo	15,297

Fuente: Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales, IMSS

presentó los últimos años un deterioro financiero que ha implicado una reducción del superávit que presenta su estado de actividades, aunque todavía es superavitario si se considera un registro parcial del costo neto de las obligaciones laborales del Instituto.

Además de las acciones tradicionales encaminadas a dar información, asesoría y apoyo técnico a las empresas y los trabajadores, con el objeto de evitar accidentes y enfermedades de trabajo, esta Administración adoptó durante 2014 una estrategia más agresiva en materia de capacitación y campañas preventivas sobre seguridad en el trabajo, que incluyó visitas específicas a empresas con alta siniestralidad y mayor incidencia de riesgos de trabajo. Durante el año que se informa, un equipo multidisciplinario de las áreas del Instituto que participan en el proceso de expedición de incapacidades coordinó la realización de más de 1,500 cursos de capacitación sobre riesgos de trabajo en las instalaciones del mismo número de empresas.

Para lograr el objetivo trazado en esta Administración de que las prestaciones en dinero de este seguro sean pagadas de forma ágil y expedita a aquellos que tienen derecho a las mismas, desde 2013 el IMSS puso en marcha un ambicioso programa de modernización y digitalización de los procesos para el otorgamiento de las prestaciones en dinero de este seguro, que ha empezado a rendir frutos en 2014: al cierre del año que se informa el plazo máximo de resolución de trámite de solicitud de pensiones es de 12 días, frente a los 20 días que este trámite tardaba en 2012; además, en este mismo periodo se redujeron de 32 a 12 los trámites relacionados con las prestaciones económicas que otorga el Instituto. Esto es, hoy el IMSS paga sus prestaciones económicas relacionadas con el Seguro de Riesgos de Trabajo más rápido y con menos trámites.

Aún se tiene mucho trabajo en materia de modernización y eficiencia de los trámites relacionados con el Seguro de Riesgos de Trabajo, como se verá en las Opciones de política de este capítulo, el reto del IMSS en este rubro es que cada vez más prestaciones económicas se puedan tramitar vía Internet y con el apoyo de mecanismos automáticos entre la empresa y el Instituto: ello redundará en beneficio de los trabajadores que por un riesgo de trabajo tengan que ocupar las prestaciones de este seguro, ya que darán menos vueltas y esperarán menos tiempo para recibir los subsidios o pensiones, así como de las propias empresas, que contarán con información correcta y oportuna sobre los accidentes o enfermedades profesionales de sus trabajadores.

De la mano de una mayor eficiencia y quizá como parte fundamental de ella, este año se reforzaron y afinaron las medidas para evitar abusos en la prescripción de subsidios por incapacidad, monitoreando el otorgamiento de los días subsidiados

de acuerdo con el tipo de padecimiento o accidente y fortaleciendo el uso de la incapacidad electrónica para tener un mayor control sobre el origen y el detalle del respectivo subsidio. También se revisaron y actualizaron los criterios médicos para el otorgamiento de los certificados de incapacidad temporal y permanente; todo ello, acompañado de una campaña de transparencia que incluyó la aplicación de programas de usuario simulado para identificar funcionarios que realizaban acciones indebidas para otorgar las prestaciones de este seguro. De la aplicación de estas medidas y sus primeros resultados para las finanzas del Instituto, se informará con mayor detalle en el apartado correspondiente.

En resumen, los objetivos de esta Administración respecto del otorgamiento de las prestaciones en dinero son claros: i) otorgar la incapacidad y pagar el subsidio o la pensión de manera transparente y ágil cuando así proceda, y ii) evitar los abusos que afectan a los trabajadores, a las empresas y a las finanzas institucionales. Hoy se puede decir que aunque queda mucho trabajo por hacer, se empiezan a percibir los primeros resultados de las políticas implementadas en 2013 y 2014, que son las bases para el trabajo que se seguirá realizando en los años siguientes.

III.1.1. Subsidio por incapacidad temporal para el trabajo

Como se describe en el cuadro III.1 y la gráfica III.1, cuando un trabajador sufre un accidente o enfermedad de los que cubre este seguro, que lo imposibilite parcial o totalmente para desempeñar sus labores, el IMSS cubre al asegurado un subsidio igual a 100% del salario base de cotización registrado, que se paga desde el primer día que ampare el certificado de incapacidad y por todo el tiempo que dure dicha imposibilidad⁴². El plazo máximo que

debe durar una incapacidad temporal para el trabajo, con cargo al Seguro de Riesgos de Trabajo, es de 52 semanas.

Esta Administración ha tomado medidas para que los subsidios por incapacidad para el trabajo se otorguen de manera ágil y transparente a quienes tienen derecho a recibirlos. Durante 2014 se reforzaron medidas como la suscripción de convenios con empresas para que realicen directamente el pago de estos subsidios a sus trabajadores una vez que son determinados por el IMSS. Con este programa, del que se tienen firmados a la fecha de cierre de este Informe 944 convenios, mediante los cuales se pagan de esta forma los subsidios a poco más de 1 millón de trabajadores, se logra una plena alineación de incentivos en el pago de estas prestaciones: el IMSS evita que el subsidio se pague a una persona distinta a la que tiene el derecho; el trabajador obtiene su pago de forma más fácil, ya que la empresa le deposita el subsidio en su cuenta de nómina, y la empresa conoce oportunamente la existencia de un riesgo calificado como de trabajo, el número de días de incapacidad que se otorgan por dicho riesgo y el importe pagado.

El importe que la empresa paga al trabajador por el subsidio es descontado posteriormente de su pago de cuotas, lo cual implica también mejor información entre el IMSS y las empresas respecto de los incidentes que contarán para el pago de la prima de riesgos de trabajo del siguiente año. Para el IMSS es de gran importancia promover más el uso de este programa en las cámaras y organismos empresariales y laborales, a fin de que cada vez más empresas y trabajadores gocen de las ventajas que ofrece a todos los participantes, incluido el propio Instituto al cual le implica un ahorro por no estar a cargo del pago correspondiente al otorgamiento del subsidio.

⁴² Artículo 58 de la Ley del Seguro Social.

Aunado a la ventaja de que las prestaciones de este seguro sean otorgadas a quien se merece de forma ágil y expedita, esta Administración ha puesto especial énfasis en que el goce de estas prestaciones sea congruente con el padecimiento de que se trate, evitando abusos. Para ello, en 2014 se revisaron y actualizaron los criterios médicos para el otorgamiento de los certificados de incapacidad temporal y permanente, brindando mayor claridad a los equipos médicos delegacionales sobre los criterios aceptados respecto al número de días de incapacidad por padecimiento, siempre con estricto respeto y apego a la prevalencia del criterio del médico tratante.

Con los criterios actualizados, durante 2014 se continuó con el seguimiento puntual del otorgamiento de los subsidios con metas delegacionales de reducción en días subsidiados y un mayor control en el presupuesto con que cuentan para el otorgamiento de las prestaciones en dinero de este ramo. Para reforzar el seguimiento a las metas, durante 2014 se fortalecieron las medidas de coordinación entre las áreas involucradas en el proceso de las prestaciones económicas, lo que ha permitido que hoy un equipo multidisciplinario revisa mensualmente todos los aspectos relacionados con el otorgamiento de subsidios por incapacidad a nivel nacional, delegacional, por unidad de medicina familiar y por médico.

De esta forma, ese grupo envía periódicamente a los equipos delegacionales de seguimiento, información respecto de las unidades y los médicos que aumentan el promedio delegacional de días subsidiados y no les permiten alcanzar las metas establecidas, además de brindarles la posibilidad de constatar que el comportamiento de sus unidades sea acorde con la siniestralidad delegacional.

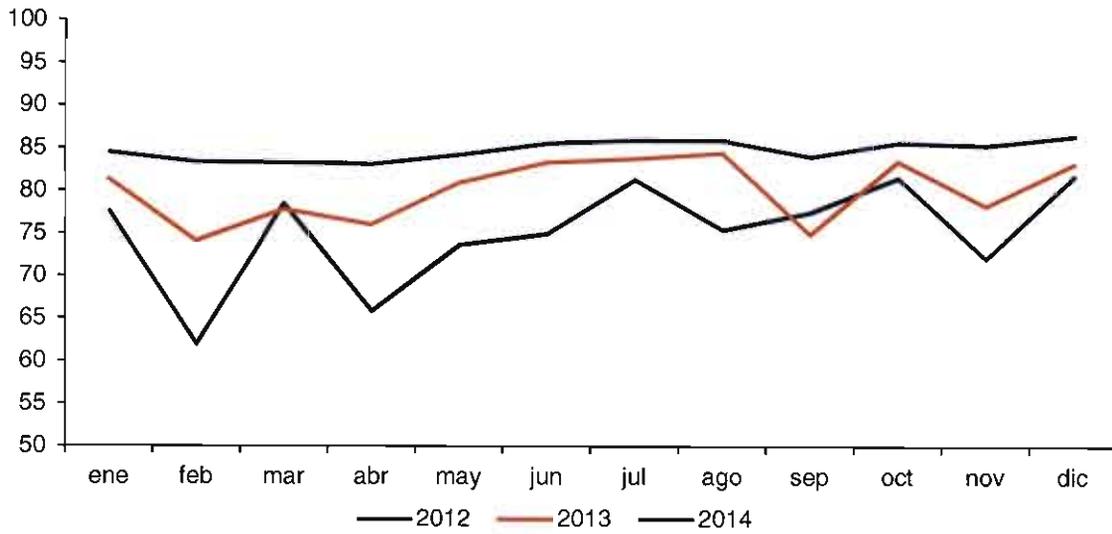
Una de las lecciones más importantes aprendidas con esta nueva forma de trabajo es la importancia de promover en todo el país el uso del sistema de expedición de incapacidades electrónicas en vez de las incapacidades manuales tradicionales, ya que con la incapacidad electrónica se tiene un seguimiento total sobre el origen y características del accidente o padecimiento que dio como resultado el pago del subsidio, lo que permite identificar conductas anormales en la expedición de días subsidiados, mismas que son de inmediato investigadas por los equipos multidisciplinarios y se toman las medidas para corregirlas. Por ello, esta Administración ha trabajado en fortalecer el uso de la incapacidad electrónica sobre todo en el primer nivel de atención, que es donde se expide el mayor número de incapacidades.

Como se puede ver en la gráfica III.2, en 2014 se ha mantenido un porcentaje cercano a 85% de uso de la expedición electrónica en el primer nivel de atención en todo el país, cifra superior a la de años anteriores. Para este año el reto es aumentar este porcentaje hasta abatir el uso de las incapacidades manuales, lo que ayudará a alcanzar las metas de eficiencia en el gasto de las prestaciones económicas de este seguro que esta Administración se ha planteado.

Derivado de esta nueva forma de dar seguimiento al otorgamiento de los subsidios, en 2014 se redujo, por segundo año consecutivo, el número de días subsidiados y el número de certificados expedidos (gráfica III.3).

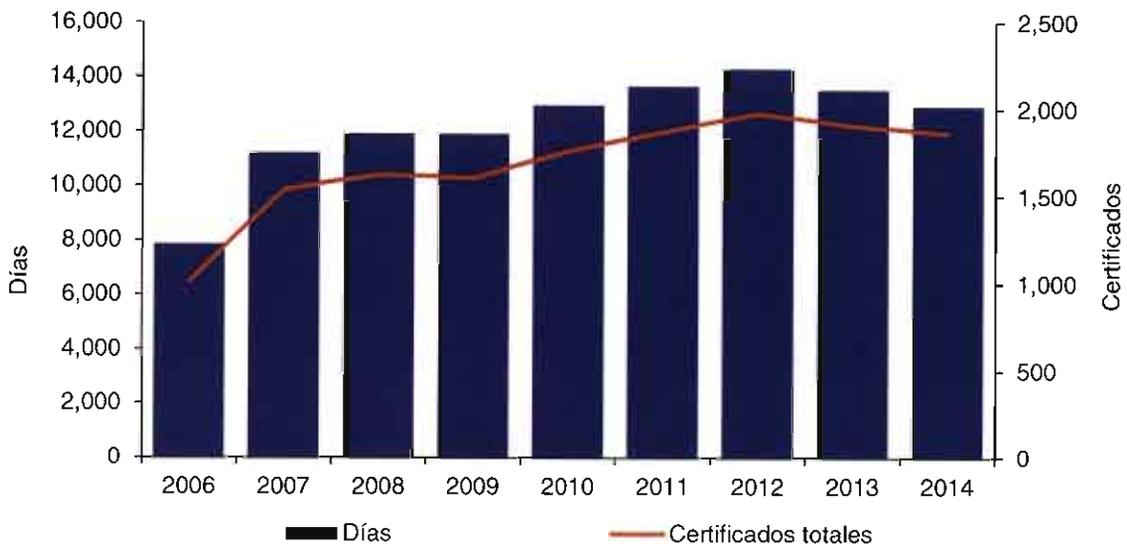
Como consecuencia de la reducción en los días subsidiados, se logró por segundo año consecutivo una reducción en el gasto asociado al pago de subsidios por incapacidad temporal para el trabajo,

Gráfica III.2.
Porcentaje de expedición electrónica en el primer nivel de atención, 2012-2014



Fuente: Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales, IMSS.

Gráfica III.3.
Certificados y días de incapacidad del Seguro de Riesgos de Trabajo, 2006-2014
 (miles de casos)



Fuente: Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales, IMSS.

revirtiendo la tendencia que se había observado en años anteriores, en los que el gasto creció a un ritmo promedio anual de 7.6% (2006-2012), logrando una reducción anual promedio para el periodo 2013-2014 de 5.6% anual. Como se puede ver en la gráfica III.4, el nivel de gasto en subsidios por riesgos de trabajo está en un nivel real inferior al observado en 2010.

Si derivado de una nueva valoración del médico, antes de transcurrido el plazo de hasta 78 semanas que puede durar el periodo de incapacidad temporal o a la conclusión de dicho plazo, se determina que el trabajador no recupera las condiciones que tenía antes del accidente o enfermedad profesional, su condición se deberá dictaminar como permanente parcial o total y el trabajador tendrá derecho a una pensión. Dicha pensión tendrá carácter provisional y será otorgada por un periodo de adaptación de dos años; transcurrido el periodo de adaptación se podrá otorgar una pensión definitiva o, en su caso, una indemnización global.

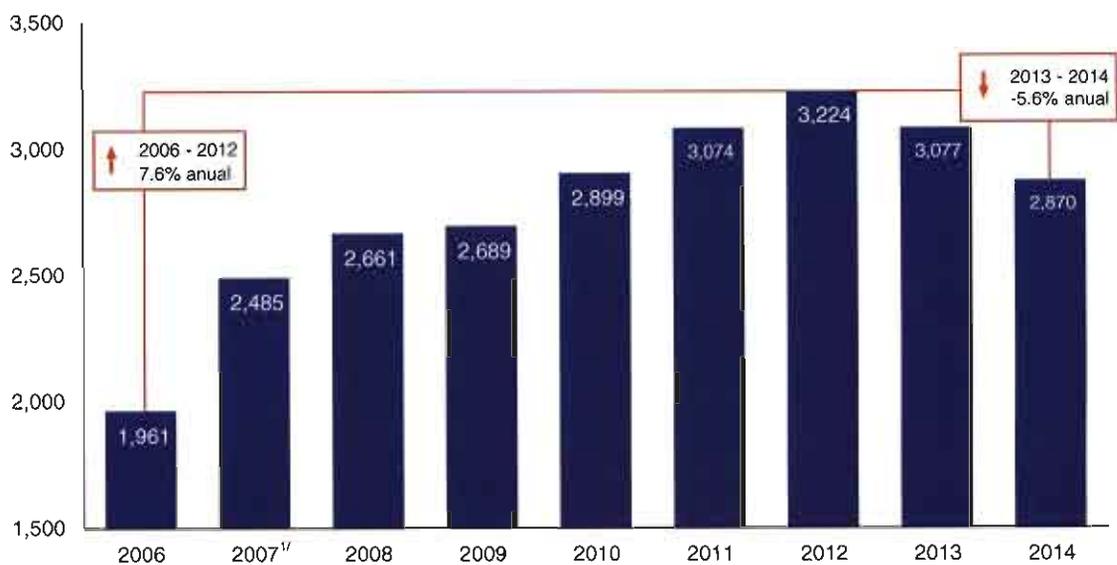
III.1.2. Pensiones

Como se detalla en el cuadro III.1 y en la gráfica III.1, dependiendo del padecimiento o las secuelas de un accidente o enfermedad profesional y acorde con lo que se dictamine a través de la valoración médica que realiza el Instituto, una vez transcurrido el periodo máximo del subsidio, un trabajador puede acceder a una pensión por incapacidad permanente parcial o total. La pensión se podrá otorgar con carácter de provisional para un periodo de prueba de dos años o definitiva.

Pensiones provisionales

Las pensiones provisionales se otorgan a los trabajadores por un periodo máximo de adaptación de dos años⁴³ en aquellos casos en los que, transcurrido el periodo del subsidio se dictamina que su incapacidad para el trabajo es permanente ya sea parcial (por ejemplo, en el caso de la pérdida de algún

Gráfica III.4.
Gasto en subsidios por riesgos de trabajo, 2006-2014
(millones de pesos de 2014)



¹⁷ El incremento en 2007 se explica por cambios administrativos que llevaron a una clasificación adecuada por rango de aseguramiento, registrándose en el ramo de riesgos de trabajo certificados antes clasificados como enfermedad general.

Fuente: Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales, IMSS

⁴³ Artículo 61 de la Ley del Seguro Social.

miembro) o totalmente (por ejemplo, una apoplejía o lesión cerebral). Este periodo de prueba se otorga por Ley al Instituto y al trabajador para que cualquiera de los dos pueda solicitar una revisión de los términos de la incapacidad para fines de ajuste en la cuantía de la pensión.

Las pensiones provisionales otorgan también al trabajador un periodo en el cual puede realizar terapias de rehabilitación para intentar su reinserción a la actividad laboral, aunque ésta no se realice exactamente en la actividad que estaba realizando antes del accidente o la enfermedad de trabajo. Durante 2014 el Instituto llevó a cabo un programa intensivo de revisión y revaloración de las pensiones provisionales vigentes, que permitió reincorporar al mercado laboral a aquellas personas que lograron una rehabilitación, así como brindar el derecho a una pensión definitiva a aquellos que no fue posible reincorporar.

Con la aplicación de este programa se redujo el número de pensiones provisionales vigentes, que en 2013 aumentó de forma importante. Como se puede ver en la gráfica III.5, al cierre de 2014 el número de pensiones provisionales del Seguro de Riesgo de Trabajo del Instituto era de 15,966 con una nómina de 483 millones de pesos, lo que implicó una reducción con respecto a las que había en 2013 de 1,103 pensiones y 31 millones de pesos.

Pensiones definitivas

Las pensiones definitivas se otorgan al trabajador cuando derivado de la valoración médica inicial se establece que el riesgo de trabajo dejará secuelas permanentes e irreversibles, o bien una vez transcurrido

el periodo de adaptación de dos años del trabajador que tenía una pensión provisional. Los trabajadores que hayan empezado a cotizar al IMSS antes del 1° de julio de 1997 podrán elegir entre la aplicación de la Ley del Seguro Social que estuvo vigente hasta el 30 de junio de ese año (Ley 1973) o la nueva Ley (Ley 1997).

Las pensiones definitivas de los trabajadores que eligen la Ley de 1973 constituyen un pasivo a cargo del Gobierno Federal y no forman parte de los resultados de la valuación actuarial del Seguro de Riesgos de Trabajo⁴⁴. La gráfica III.6 muestra el número de pensiones definitivas (Ley 1973) y el gasto anual de esta nómina de pensiones al cierre de cada ejercicio.

Como se puede ver en la gráfica III.6, el número de pensiones definitivas al amparo de la Ley de 1973 se ha mantenido estable los últimos años, e incluso en 2014 disminuyó ligeramente, con lo que al cierre del año la nómina de pensiones permanentes por riesgos de trabajo del Instituto fue de 279,633 pensiones, con una nómina asociada de 5,990 millones de pesos.

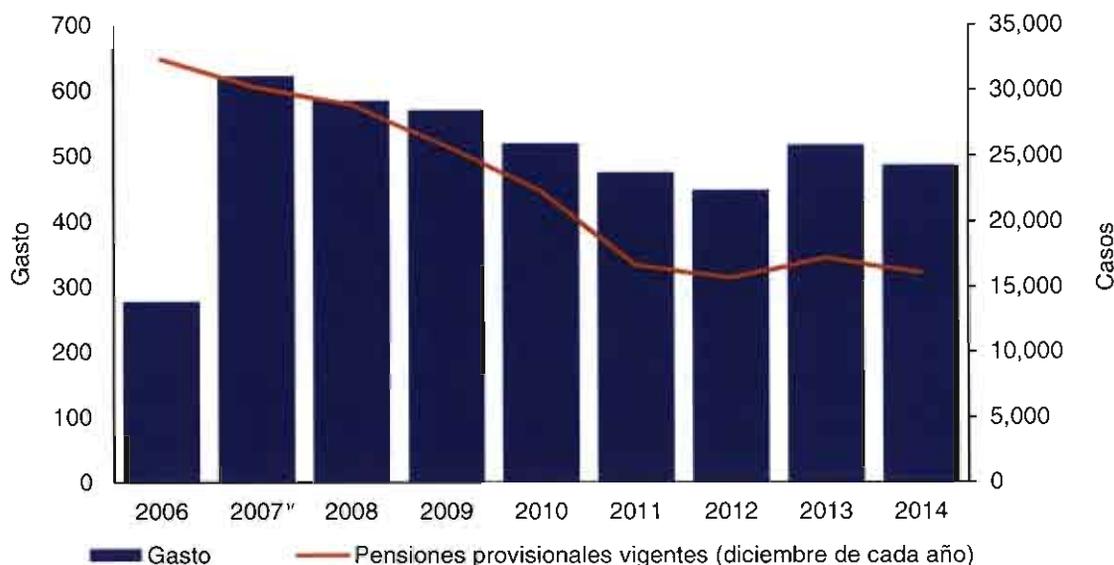
Los trabajadores que sólo han cotizado con la Ley de 1997 y sufren un riesgo de trabajo obtienen su pensión definitiva a través de una renta vitalicia que el IMSS le compra a una aseguradora mediante el pago de un monto constitutivo, denominado suma asegurada⁴⁵. En la gráfica III.7 se puede ver el número de rentas vitalicias que se han otorgado año con año hasta 2014 con cargo al Seguro de Riesgos de Trabajo y el costo en sumas aseguradas para el Instituto.

La gráfica III.7 muestra que el número de rentas vitalicias otorgado anualmente ha venido en aumento como consecuencia de que cada vez se tienen más

⁴⁴ De acuerdo con lo establecido en los Artículos Tercero, Undécimo y Duodécimo Transitorios de la reforma a la Ley del Seguro Social, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 21 de diciembre de 1995 y vigente a partir del 1 de julio de 1997.

⁴⁵ Los recursos que transfiere el IMSS a las aseguradoras para la compra de las rentas vitalicias se conocen como sumas aseguradas y se calculan restando al monto constitutivo (precio de la renta vitalicia) los recursos que cada trabajador tiene en su cuenta individual, la cual es manejada por una Administradora de Fondos para el Retiro (AFORE).

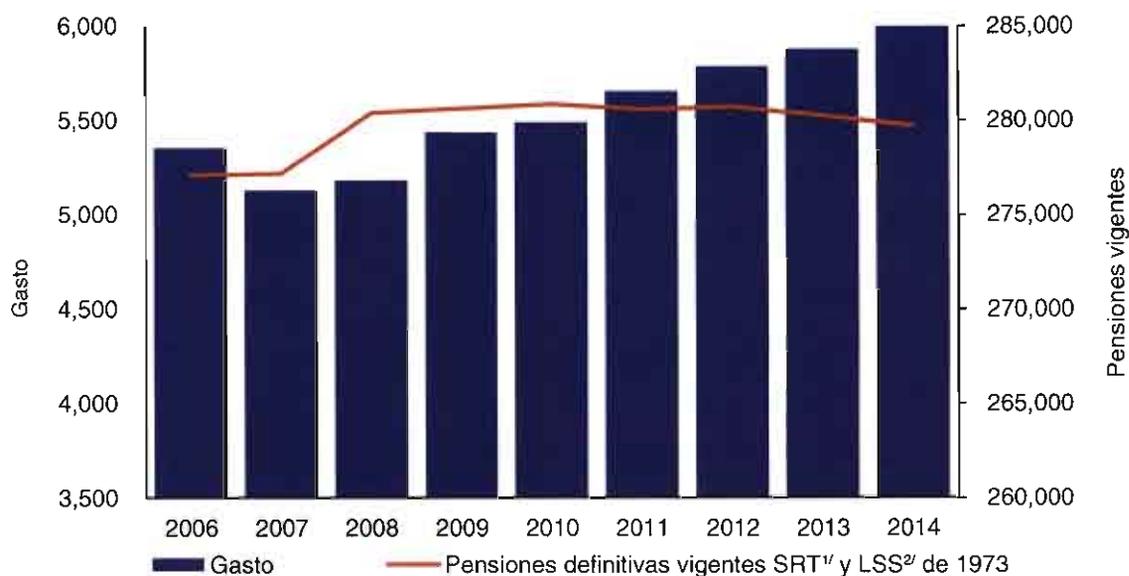
Gráfica III.5.
Pensiones provisionales vigentes y gasto, 2006-2014
 (casos y millones de pesos de 2014)



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

Fuente: Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales, IMSS.

Gráfica III.6.
Pensiones definitivas vigentes y gasto en el Seguro de Riesgos de Trabajo por la Ley de 1973, 2006-2014
 (pensiones y millones de pesos de 2014)

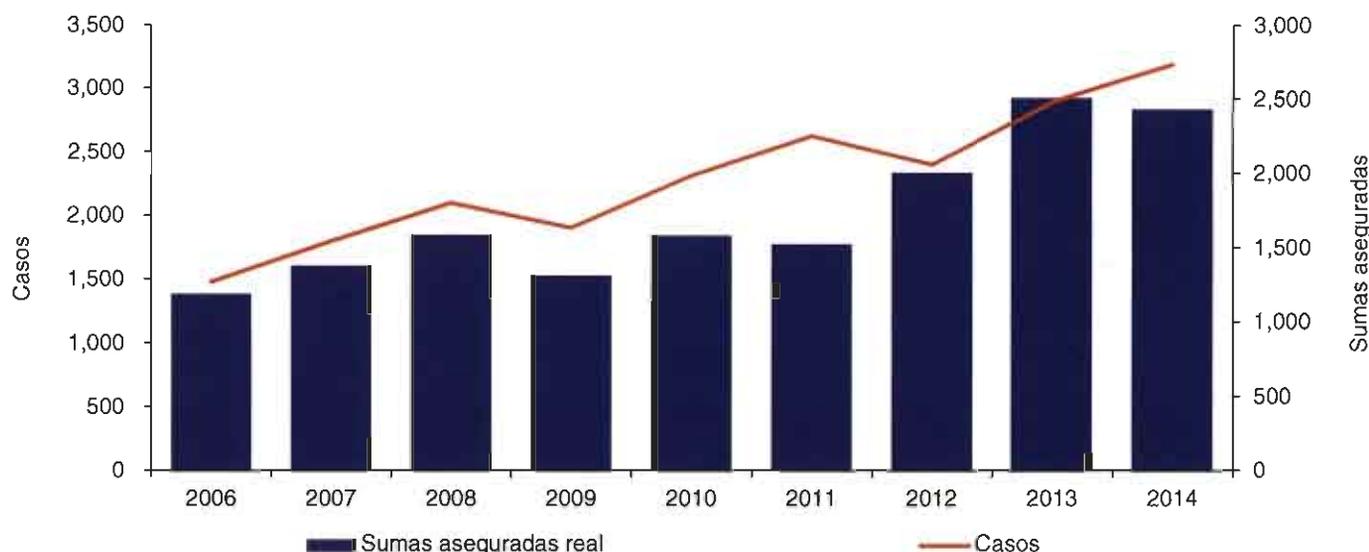


¹ Seguro de Riesgos de Trabajo.

² Ley del Seguro Social.

Fuente: Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales, IMSS

Gráfica III.7.
Rentas vitalicias y sumas aseguradas del Seguro de Riesgos de Trabajo, 2006-2014
 (casos y millones de pesos de 2014)



Fuente: Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales, IMSS

casos de trabajadores que sólo han cotizado bajo la Ley de 1997. En 2014 el aumento en el número de casos fue de 10% respecto a 2013, cifra que es consistente con el aumento observado a partir de 2011; sin embargo, este aumento en el número de casos no se tradujo en un aumento consistente en el costo de los montos constitutivos pagados a las aseguradoras que otorgan la pensión al trabajador, ya que el gasto se vio reducido en 3% real.

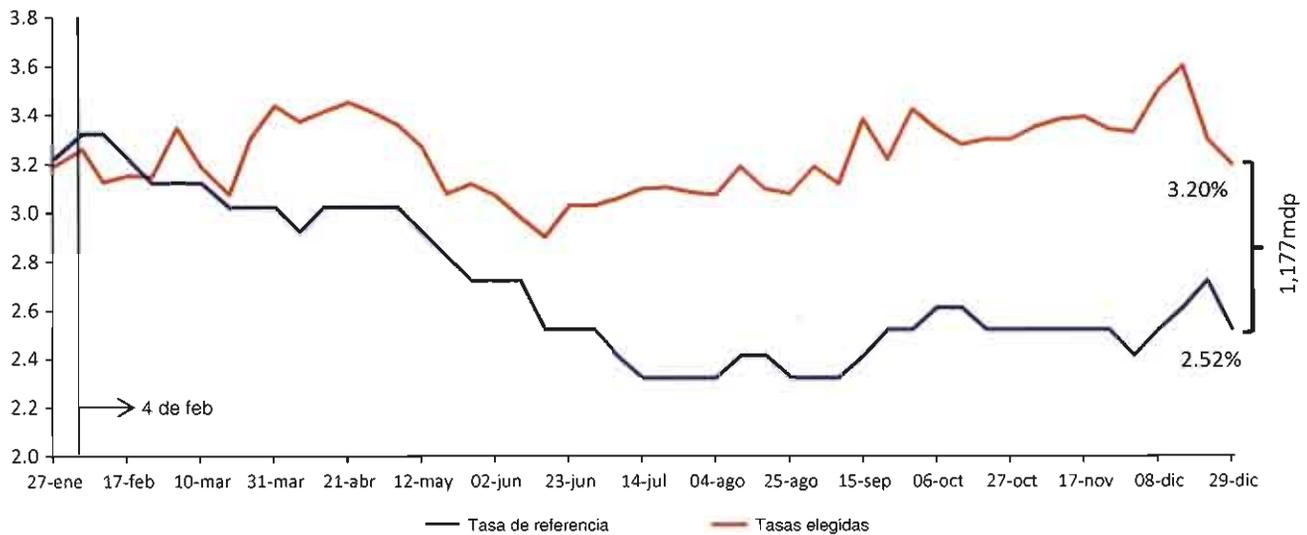
Esta contención en el gasto se tuvo como consecuencia de la aplicación de varias medidas llevadas a cabo durante 2014 para hacer más eficiente el mercado de rentas vitalicias: i) la eliminación de la tasa de referencia que las aseguradoras ofrecen al IMSS para financiar la pensión del trabajador que repercutió en una caída en la tasa de interés técnico⁴⁶; ii) la introducción de nuevas reglas para evitar la colusión⁴⁷, y iii) la incorporación de un incentivo económico para aquel trabajador que eligiera la aseguradora que le ofreciera al Instituto la tasa de interés más favorable, denominado Beneficio Adicional Único (BAU). Con estas medidas, como se puede ver en la gráfica III.8, el IMSS obtuvo durante 2014 ahorros

⁴⁶ La tasa de interés técnico se publicaba semanalmente por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas en la Circular Única de Seguros hasta el mes de enero de 2014. En promedio, la tasa utilizada para el cálculo de los montos constitutivos registró un decremento de 1% respecto a la de 2012 (al pasar de 2.48% a 2.45%). Fue en 2013 cuando se registró el valor mínimo histórico de 1.29%, registrado en el mes de mayo.

⁴⁷ Metodología aprobada en el seno del Comité del Artículo 81 de la Ley de los Sistemas de Ahorro para el Retiro y publicada en la Circular Modificatoria 63/13 de la Circular Única de Seguros

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

Gráfica III.8.
Nuevo esquema de rentas vitalicias, 2014
 (porcentaje)



Fuente: Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales, IMSS.

por 1,177 millones de pesos⁴⁸, además de generar mayores condiciones de competencia en el mercado de rentas vitalicias.

Hoy las pensiones se pagan a los trabajadores en promedio, casi en la mitad del tiempo que en lo que se hacía al inicio de la Administración (12 días en vez de 20) y se ha logrado una mayor transparencia en el pago de pensiones, al grado que 99% de los pagos de pensiones del Seguro de Riesgos de Trabajo se realizan a través de depósito en cuenta bancaria, lo cual redundará en un mejor servicio a los trabajadores que se tienen que pensionar por este seguro; al mismo tiempo, menos gasto para el Instituto por comisiones bancarias, reforzando la visión de esta Administración de mejorar el servicio al tiempo de sanear las finanzas institucionales. Para los siguientes años, como se explica en la sección final de este capítulo, el reto es que los trabajadores vengán a las ventanillas del IMSS las menos veces posibles para tramitar sus pensiones y éstas se paguen cada vez con más eficiencia y oportunidad.

⁴⁸ Este ahorro comprende las rentas vitalicias otorgadas por el Seguro de Riesgos de Trabajo y el Seguro de Invalidez y Vida.

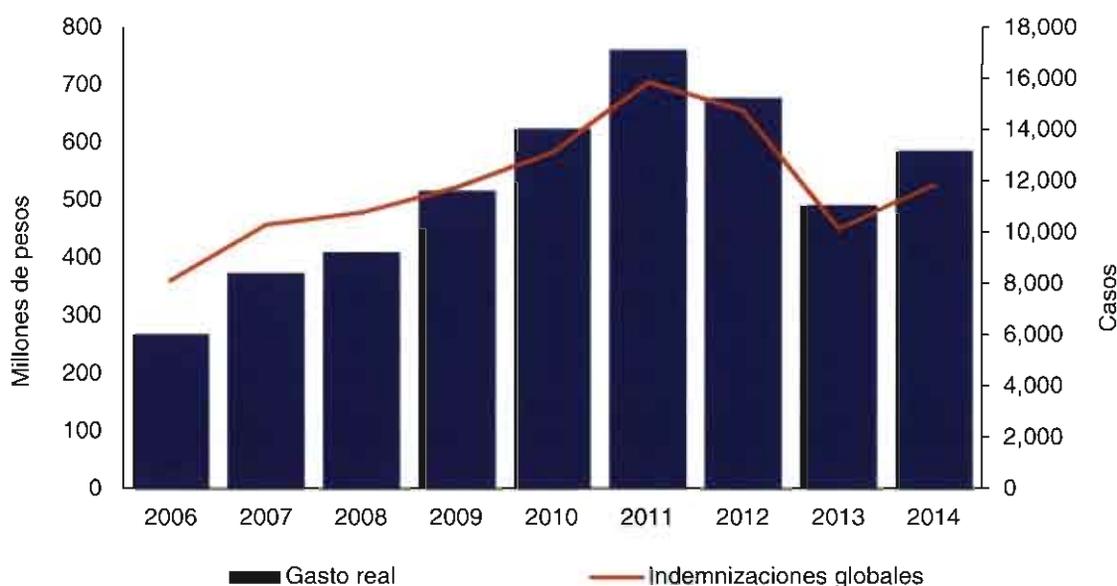
III.1.3. Indemnizaciones globales

Una indemnización global se otorga al asegurado cuando en una valoración médica realizada durante o después del periodo de dos años de pensión provisional, se determina que a consecuencia del riesgo de trabajo sufrido, tiene una incapacidad parcial permanente con un porcentaje de hasta 25%⁴⁹. El monto de esta prestación es el equivalente a 5 años de la pensión a que hubiera tenido derecho.

En la gráfica III.9 se muestra el número de indemnizaciones globales otorgadas anualmente desde 2006. En ella se puede ver que luego de un aumento importante en 2011, el número de indemnizaciones globales otorgado en 2013 y 2014, así como el gasto asociado a las mismas, disminuyeron hasta los niveles observados en 2009 y 2010, respectivamente.

⁴⁹ Si la valoración de incapacidad definitiva es mayor a 25% y hasta 50%, es optativo para el trabajador solicitar una indemnización global o una pensión definitiva de incapacidad permanente parcial.

Gráfica III.9.
Indemnizaciones globales y gasto erogado, 2006-2014
(casos y millones de pesos de 2014)



Fuente: Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales, IMSS.

III.2. Estado de actividades

Con base en el Artículo 277 E de la Ley del Seguro Social, el cuadro III.3 presenta el estado de actividades del Seguro de Riesgos de Trabajo para el ejercicio 2014, considerando dos escenarios para el reconocimiento del costo neto del periodo del Régimen de Jubilaciones y Pensiones: con registro parcial y con registro total⁵⁰. El resultado del ejercicio de este seguro fue equivalente a un superávit de 13,341 millones de pesos con el registro parcial del costo neto del periodo de las obligaciones laborales del Instituto y un déficit de 19,924 millones de pesos con el efecto del reconocimiento total de estas obligaciones.

III.3. Resultados de la valuación actuarial

La valuación actuarial tiene como propósito verificar la suficiencia financiera de este seguro en el corto, mediano y largo plazos, para lo cual se evalúa si los

ingresos por cuotas son suficientes para cubrir el pago de las prestaciones económicas y en especie, que se otorgan a los asegurados y a sus beneficiarios, así como los gastos de administración.

III.3.1. Proyecciones demográficas y financieras

Para elaborar la valuación actuarial se emplean elementos demográficos y financieros, los cuales se describen en el Anexo C del presente Informe⁵¹. Los principales elementos que se consideran son:

- i) Los beneficios establecidos en la Ley del Seguro Social para el Seguro de Riesgos de Trabajo.
- ii) La población asegurada con derecho a las prestaciones cubiertas por el seguro.
- iii) Salarios promedio de cotización.
- iv) Saldos acumulados en las cuentas individuales.
- v) Hipótesis demográficas y financieras.

⁵⁰ El costo neto del periodo (con cargo a resultados del ejercicio 2014) es el costo derivado de la relación laboral atribuible al año de valuación y está integrado por los siguientes conceptos: costo laboral, costo financiero, rendimientos de los activos del plan y amortizaciones. Para más detalles ver el Capítulo X, sección X 1 1.

⁵¹ En el Anexo C se describen ampliamente las hipótesis de valuación.

Cuadro III.3.
Estado de actividades del Seguro de Riesgos de Trabajo, al 31 de diciembre de 2014
(millones de pesos corrientes)

Concepto	Costo neto del periodo del RJP ^{1/}	
	Con registro parcial	Con registro total ^{2/}
Ingresos y otros beneficios		
Ingresos de la gestión		
Cuotas y aportaciones de seguridad social	33,243	33,243
Ingresos por venta de bienes y servicios		
Ingresos por venta de bienes y servicios de organismos descentralizados	64	64
Otros ingresos y beneficios		
Ingresos financieros		
Intereses ganados de valores, créditos, bonos	777	777
Otros ingresos y beneficios varios	871	871
Total de ingresos	34,955	34,955
Gastos y otras pérdidas		
Gastos de funcionamiento		
Servicios de personal ^{2/}	777	777
Materiales y suministros	871	871
Servicios generales y subrogación de servicios	34,955	34,955
Otros gastos y pérdidas		
Subsidios	6,386	6,386
Estimaciones, depreciaciones y deterioro	658	658
Otros gastos	1,431	1,431
Pagos a pensionados y jubilados IMSS ^{2/}	2,649	2,880
Costo por beneficios a empleados (RJP) ^{3/}	362	33,626
Total de gastos	21,614	54,879
Resultado del ejercicio	13,341	-19,924

^{1/} Régimen de Jubilaciones y Pensiones

^{2/} En el rubro de servicios de personal con registro total no se consideran 230 millones de pesos en 2014, por los pagos por prima de antigüedad y las aportaciones del Instituto al Régimen de Jubilaciones y Pensiones, de acuerdo con las cláusulas contractuales, ya que están incluidas en el rubro de pagos a pensionados y jubilados IMSS.

^{3/} El costo neto del periodo determinado por el despacho externo Aon México Business Support, S. A. de C. V., por 36,506 millones de pesos en 2014, se integra por los rubros de pagos a pensionados y jubilados IMSS y costo por beneficios a empleados del Régimen de Jubilaciones y Pensiones.

Fuente: Dirección de Finanzas, IMSS, a partir de los Estados Financieros dictaminados al 31 de diciembre de 2014 y 2013, y de la Valuación Actuarial del Régimen de Jubilaciones y Pensiones y Prima de Antigüedad de los Trabajadores del Instituto Mexicano del Seguro Social bajo la Norma de Información Financiera D-3 "Beneficios a los Empleados", al 31 de diciembre de 2014 y Proyecciones para 2015.

Los beneficios valuados son las prestaciones económicas y en especie que establece la Ley del Seguro Social. Las prestaciones económicas que se valúan son las pensiones de incapacidad permanente con carácter provisional y definitivo; las pensiones por viudez, orfandad y ascendencia que se derivan de la muerte de un asegurado o pensionado; los subsidios; las ayudas por gastos de funeral; y, las indemnizaciones globales. Para las prestaciones en especie se valúa el gasto correspondiente a los servicios médicos que se proporcionan a los trabajadores activos que llegan a sufrir un accidente o enfermedad laboral. Asimismo, se valúan los gastos de administración, los cuales incluyen la parte proporcional del gasto del Régimen de Jubilaciones y Pensiones a cargo del IMSS en su carácter de patrón que se asigna a este seguro como parte de dichos gastos⁵².

Los resultados se realizan para el escenario base, el cual se considera como el que mejor refleja la situación financiera del seguro en el corto, mediano y largo plazos, y en adición se obtienen para dos escenarios de sensibilidad.

Proyecciones demográficas

El número de asegurados que se considera estará expuesto a las contingencias cubiertas por el seguro, se conforma de los asegurados vigentes a

⁵² La estimación del gasto médico y del gasto administrativo, se determina como porcentaje del volumen de salarios (masa salarial) y corresponden en promedio para el periodo de proyección de 100 años a 0.15% y a 0.80%, respectivamente. El porcentaje sobre el volumen de salarios correspondiente a los gastos de administración, considera el gasto del Régimen de Jubilaciones y Pensiones que se asigna al Seguro de Riesgos de Trabajo

diciembre de 2014 que asciende a 16'796,069⁵³ y del número de asegurados que se espera se incorporarán en el futuro. Además, el número de asegurados considera a los trabajadores propios del IMSS y a los trabajadores que laboran en las empresas afiliadas al IMSS.

El número de nuevas pensiones que se calcula en cada año de proyección, resulta de aplicar al número de asegurados que se estima que estará vigente en cada año, las probabilidades por incapacidad permanente o por fallecimiento a causa de un riesgo laboral⁵⁴.

Las proyecciones demográficas que se obtienen en la valuación actuarial se muestran en el cuadro III.4, y los elementos que se presentan son:

- i) El comportamiento probable del número de asegurados para el periodo 2015-2114 (columna a), estimado conforme a las hipótesis de crecimiento de asegurados.
- ii) El número de los nuevos pensionados de viudez, orfandad y ascendencia, derivados del fallecimiento de asegurados y/o pensionados por incapacidad permanente con carácter provisional (columna b).
- iii) El número de los nuevos pensionados directos por concepto de incapacidad permanente (columna c), incluyendo los que tienen una pensión definitiva y provisional.

⁵³ El número de asegurados está conformado por los afiliados en las siguientes modalidades de aseguramiento según el régimen Régimen Obligatorio Modalidad 10: Trabajadores permanentes y eventuales de la ciudad, Modalidad 13. Trabajadores permanentes y eventuales del campo, Modalidad 14 Trabajadores eventuales del campo cañero; Modalidad 17: Reversión de cuotas por subrogación de servicios, y Modalidad 30 Productores de caña de azúcar. Régimen Voluntario: Modalidad 35 Patronos personas físicas con trabajadores a su servicio, y Modalidad 42: Trabajadores al servicio de los gobiernos de los estados.

⁵⁴ Las probabilidades que se emplean en la valuación actuarial se describen en la sección de bases biométricas del Anexo C del presente Informe

En el cuadro III.4, se observa una tendencia creciente en el número de pensionados sobre cada 1,000 asegurados (columna e) hasta el año 2045, esto se debe a que inicialmente se tienen dos grupos poblacionales de manera simultánea: i) el grupo de transición que corresponde a los asegurados cuya afiliación es anterior al primero de julio de 1997 y que pueden elegir entre el esquema de pensiones de la Ley de 1997 y la Ley de 1973, y ii) el grupo cuya afiliación es posterior a esta fecha y obtendrá su pensión bajo el régimen de pensiones vigente (Ley de 1997). El primer grupo es una población cerrada y, en la medida en que estos asegurados vayan saliendo de la vida activa y sean remplazados por asegurados con derecho únicamente a los beneficios bajo la Ley vigente, el número de pensionados esperados se estabilizará.

Después del año 2045, se observan variaciones en el índice de pensionados por cada 1,000 asegurados, las cuales se deben a un efecto cíclico en la dinámica demográfica de asegurados, es decir, por el reemplazo de generaciones de trabajadores de edades avanzadas por trabajadores más jóvenes en el largo plazo.

En comparación con los resultados del Informe pasado, en los primeros años de la proyección se tiene que la relación del número de pensiones es menor a la observada en los resultados del año anterior, esto se debe a un aumento de los asegurados y una disminución de los pensionados. El aumento registrado en la proyección del número de asegurados está asociado a que la hipótesis de crecimiento utilizada en este año, está más apegada

al incremento observado en los últimos 5 años, que ha sido de 4% en promedio. No obstante, para el largo plazo, se utilizó una hipótesis más conservadora, cuya tendencia se apega al crecimiento estimado de la Población Económicamente Activa⁵⁵, la cual crece en promedio en 0.4%. La reducción en el número de pensionados en los primeros años, es un reflejo de la disminución del número de pensiones provisionales por incapacidad permanente registrado durante 2014 y que trae como consecuencia que en los siguientes 2 años el número de pensiones que pasará a definitivas sea menor.

Proyecciones financieras

Las proyecciones financieras del Seguro de Riesgos de Trabajo se obtienen a partir de las hipótesis y criterios del escenario base, descritos en el Anexo C. Para la estimación de los montos constitutivos y, en consecuencia, para la determinación de las sumas aseguradas, se utilizan las bases biométricas establecidas por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas (CNSF)⁵⁶.

Las proyecciones financieras que se obtienen en la valuación actuarial se muestran en el cuadro III.5, y los elementos que se presentan son:

- i) Volumen anual de salarios de los asegurados del Seguro de Riesgos de Trabajo (columna a)⁵⁷. La determinación de los salarios en cada año permite, además de calcular el volumen de salarios, estimar el monto de las pensiones, el costo de las rentas vitalicias (montos constitutivos), el de las sumas aseguradas,

⁵⁵ Proyección de la Población Económicamente Activa de México y de las Entidades Federativas 2005-2050

Fuente: Consejo Nacional de Población.

⁵⁶ Las bases biométricas para el cálculo de los montos constitutivos emitidas en la Circular S-22.2 de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas son: i) las bases demográficas de mortalidad de activos de capital mínimo de garantía del 19 de noviembre de 2009, y ii) bases demográficas de mortalidad para incapacitados de capital mínimo de garantía de abril de 2012.

⁵⁷ El volumen de salarios en cada año de proyección es la estimación de la masa de salarios pagada a los trabajadores vigentes en cada año.

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

Año de proyección	Asegurados^{1/}	Pensionados derivados de fallecimiento^{2/}	Pensionados por incapacidad permanente^{3/}	Total de pensionados	Número de pensiones por cada 1,000 asegurados
	(a)	(b)	(c)	(d)=(b)+(c)	(e)=(d/a)*1000
2014 ^{4/}	16,796,069	1,694	6,157	7,851	0.47
2015	17,283,456	1,878	6,493	8,372	0.48
2016	17,796,837	2,056	7,470	9,526	0.54
2020	19,969,505	2,778	11,990	14,768	0.74
2025	22,180,153	3,594	16,714	20,308	0.92
2030	22,947,012	4,100	19,888	23,988	1.05
2035	23,418,069	4,387	21,106	25,493	1.09
2040	23,633,549	4,548	23,356	27,904	1.18
2045	23,664,877	4,594	24,404	28,998	1.23
2050	23,687,105	4,650	24,156	28,806	1.22
2055	23,708,764	4,815	23,067	27,882	1.18
2060	23,730,450	5,091	22,182	27,273	1.15
2065	23,752,162	5,460	21,922	27,382	1.15
2070	23,773,900	5,913	22,535	28,448	1.20
2075	23,795,664	6,398	23,434	29,832	1.25
2080	23,817,454	6,711	24,058	30,769	1.29
2085	23,839,270	6,759	24,293	31,052	1.30
2090	23,861,112	6,590	23,975	30,565	1.28
2095	23,882,981	6,432	23,233	29,665	1.24
2100	23,904,875	6,422	22,603	29,025	1.21
2105	23,926,796	6,531	22,522	29,053	1.21
2110	23,948,744	6,677	22,914	29,590	1.24
2114	23,966,321	6,758	23,423	30,181	1.26

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

^{2/} En este grupo se consideran las pensiones de viudez, orfandad y ascendencia que se generan por el fallecimiento de asegurados y/o pensionados por incapacidad permanente con carácter provisional y los pensionados por incapacidad permanente con carácter definitivo y porcentaje de valoración menores a 100.

^{3/} A efecto de no contar dos veces a los pensionados, únicamente se consideran las pensiones iniciales de incapacidad permanente otorgadas bajo la Ley del Seguro Social vigente.

^{4/} Información observada al cierre de 2014.

Fuente: Dirección de Finanzas, IMSS.

Cuadro III.5.
Resumen de las proyecciones financieras de la valuación actuarial del Seguro de Riesgos de Trabajo
(millones de pesos de 2014)

Año de proyección	Gasto							Prima de gasto anual (%)
	Volumen de salarios	Sumas aseguradas	Pensiones por incapacidad permanente con carácter provisional	Prestaciones económicas ^{1/}	Prestación en especie ^{2/}	Administrativo	Total	
	(a)	(b)	(c)	(d)	(e)	(f)	(g)=(b)+(c)+(d)+(e)+(f)	
2014 ^v	1,777,459	2,438	483	3,465	2,915	12,312	21,614	1.22
2015	1,821,205	2,907	380	3,692	2,950	11,353	21,282	1.17
2016	1,887,908	3,152	438	3,817	3,044	11,867	22,319	1.18
2020	2,169,327	4,461	669	4,351	3,539	13,747	26,768	1.23
2025	2,534,814	7,497	1,184	5,059	4,054	17,424	35,218	1.39
2030	2,766,387	11,520	1,671	5,515	4,335	20,870	43,912	1.59
2035	2,939,915	14,190	1,954	5,865	4,513	23,854	50,376	1.71
2040	3,070,866	16,611	2,138	6,127	4,615	26,282	55,773	1.82
2045	3,167,654	18,191	2,272	6,313	4,659	28,476	59,911	1.89
2050	3,266,532	18,768	2,316	6,488	4,699	30,599	62,871	1.92
2055	3,414,878	19,292	2,298	6,743	4,912	31,009	64,255	1.88
2060	3,615,456	20,127	2,264	7,107	5,201	31,850	66,549	1.84
2065	3,841,629	21,464	2,297	7,539	5,526	33,009	69,835	1.82
2070	4,086,779	23,188	2,386	8,017	5,879	34,490	73,959	1.81
2075	4,304,762	25,181	2,526	8,457	6,193	35,948	78,304	1.82
2080	4,504,247	26,932	2,653	8,863	6,480	37,442	82,369	1.83
2085	4,702,656	28,302	2,767	9,264	6,765	39,043	86,141	1.83
2090	4,912,278	29,337	2,856	9,678	7,067	40,776	89,714	1.83
2095	5,152,541	30,290	2,913	10,141	7,412	42,769	93,525	1.82
2100	5,439,956	31,496	2,973	10,689	7,826	45,155	98,139	1.80
2105	5,763,918	33,221	3,103	11,314	8,292	47,844	103,773	1.80
2110	6,101,306	35,405	3,305	11,975	8,777	50,645	110,106	1.80
2114	6,362,141	37,321	3,510	12,495	9,152	52,810	115,288	1.81
								Prima nivelada
50 años								
Valor presente	70,632,572	299,485	39,547	140,800	108,254	555,870	1,143,957	1.62
100 años								
Valor presente	103,321,598	498,950	59,168	204,984	155,279	828,645	1,747,026	1.69

^{1/}Incluye el gasto por subsidios y ayudas de gastos de funeral por riesgos de trabajo, así como el costo de las indemnizaciones globales y el de los laudos.

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

^{3/}Información observada al cierre de 2014. El gasto de las prestaciones en especie se integró con los siguientes rubros: materia y suministros, y servicios generales. El gasto de administración se integró con los siguientes rubros: servicios personales, Régimen de Jubilaciones y Pensiones, y otros gastos.

Fuente: Dirección de Finanzas, IMSS.

así como el de los saldos acumulados en las cuentas individuales.

- ii) Flujos de gasto anual por sumas aseguradas (columna b).
- iii) Flujo de gasto anual por pensiones provisionales (columna c).
- iv) Flujos anuales de gasto de las prestaciones económicas correspondientes a indemnizaciones, subsidios y ayudas de gastos de funeral por riesgos de trabajo (columna d).
- v) Flujos anuales de gasto derivados del otorgamiento de las prestaciones en especie, las cuales incluyen asistencia médica, quirúrgica, farmacéutica, hospitalaria, aparatos de prótesis y ortopedia, y rehabilitación (columna e).
- vi) Flujos anuales de gasto administrativo, incluyendo la proporción del flujo de gasto anual del Régimen de Jubilaciones y Pensiones a cargo del IMSS en su carácter de patrón que se asigna al Seguro de Riesgos de Trabajo (columna f).
- vii) Prima de gasto anual (columna h)⁵⁸.
- viii) Valor presente a 50 y 100 años de proyección de los conceptos de gasto descritos anteriormente, así como la prima nivelada requerida para hacer frente a los gastos que se generan en este seguro⁵⁹. La estimación de la prima nivelada resulta de dividir el valor presente del gasto total entre el valor presente del volumen de salarios.

Para el periodo de proyección de 50 años, la prima nivelada que se requiere es de 1.62% de los salarios de cotización y para el periodo de 100 años es de 1.69%. Al comparar estas primas niveladas con las obtenidas al corte de diciembre de 2013, se tiene una disminución de las mismas para ambos periodos de 0.120 puntos porcentuales y de 0.099 puntos porcentuales, respectivamente.

⁵⁸ Es la relación del gasto total anual que se estima para el Seguro de Riesgos de Trabajo respecto al volumen anual de salarios.

⁵⁹ La prima nivelada es la prima constante en el periodo de proyección sin considerar la reserva del Seguro de Riesgos de Trabajo al 31 de diciembre de 2014, la cual permite captar los recursos suficientes para hacer frente al gasto por todas las prestaciones otorgadas bajo este seguro.

Las variaciones en la prima media nivelada, respecto a la reportada en el ejercicio anterior, se deben a cambios en las siguientes variables:

- La tasa de descuento para el cálculo del valor presente se modificó de 3.5% a 3%, la cual se utiliza para obtener el valor presente del volumen de salarios y de los gastos estimados. La disminución de la tasa de descuento trae como consecuencia un aumento en el pasivo y por consiguiente se requiere de más recursos para solventar el gasto, con lo cual la situación financiera es menos favorable.
- No obstante, a pesar de que se registró un incremento en la prima por el cambio de la tasa de descuento y que fue de 1% en el periodo de 50 años y de 1.5% en el periodo de 100 años, durante el periodo de proyección también se registró una disminución en el gasto por sumas aseguradas respecto a las proyecciones estimadas en la valuación actuarial al cierre de 2013. La disminución se debe a la influencia que ha tenido la mejora en el mercado de rentas vitalicias y que ha originado montos constitutivos más bajos a los esperados.
- La tasa de crecimiento promedio anual de asegurados pasó de 0.32 a 0.36, este aumento genera un mayor pasivo debido a que hay más asegurados expuestos a una contingencia por incapacidad permanente o fallecimiento a causa de un riesgo laboral, así como un incremento en el volumen de salarios.
- El supuesto para las nuevas pensiones por incapacidad permanente con carácter provisional y que después de dos años pasan a definitivas, provenientes de los asegurados en transición afiliados antes del primero de julio de 1997 y con

derecho a elegir entre las pensiones bajo la Ley de 1973 y la Ley de 1997, se modificó de 49% empleado en la valuación actuarial a diciembre de 2013 a 42% para la valuación actuarial a diciembre de 2014. Esta modificación reduce el gasto esperado por pensiones respecto a lo estimado en la valuación actuarial de 2013. El motivo para modificar el supuesto se debe a que los asegurados de la generación en transición pueden retirar el saldo correspondiente a 2% de retiro más el saldo de la Subcuenta de Vivienda, al optar por el beneficio bajo la Ley de 1973.

- La temporalidad de dos años de las pensiones provisionales, para efectos de la valuación actuarial, se modificó de 2 a 2.5 años, esto a fin de medir el gasto que tendría el IMSS por la transición de pasar de una pensión provisional a definitiva, derivado del proceso de valoración para otorgar una pensión definitiva, así como del tiempo que se requiere para que el IMSS oferte ante las compañías aseguradoras el otorgamiento de la renta vitalicia. Por este motivo, respecto a lo estimado en la valuación actuarial con corte a diciembre de 2013, se observa un mayor gasto durante el periodo de proyección y en valor presente el incremento del pasivo representa un aumento de 0.0001 de puntos de prima.

En la gráfica III.10 se muestra el comparativo de la prima de gasto y la prima media nivelada a 100 años.

Las obligaciones por sumas aseguradas con cargo al Seguro de Riesgos de Trabajo se determinan de restar a los montos constitutivos (rentas vitalicias) los saldos en las cuentas individuales administrados por las AFORE⁶⁰ al momento de ocurrir un accidente

de trabajo o enfermedad profesional que cause el fallecimiento o la incapacidad del asegurado. Por esto, para el IMSS los futuros saldos de las cuentas individuales del Sistema de Ahorro para el Retiro son relevantes. Se estima que para el Seguro de Riesgos de Trabajo significan en promedio 15.4% de los montos constitutivos (gráfica III.11).

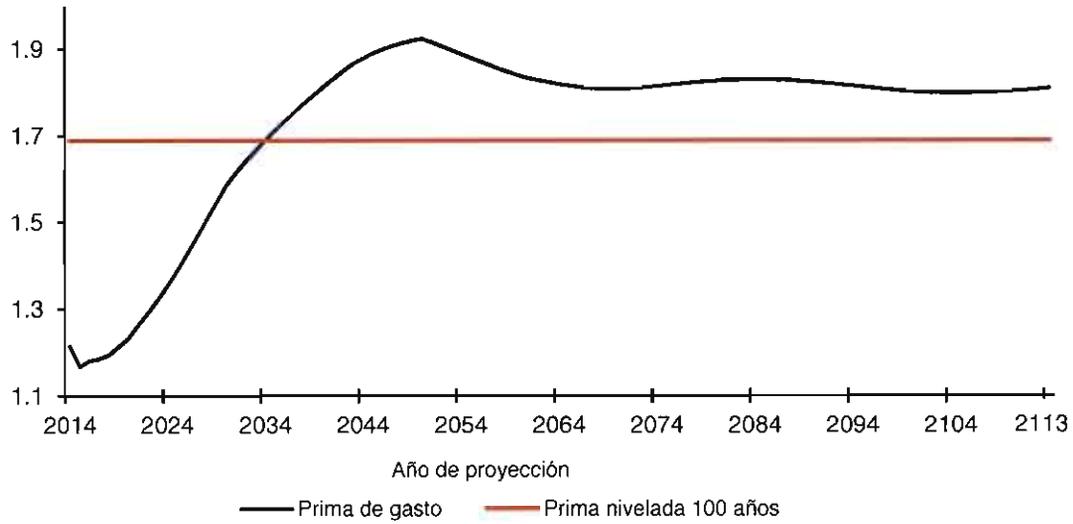
III.3.2. Balance actuarial

Para verificar la situación financiera de este seguro, se presenta en el cuadro III.6 el balance actuarial al 31 de diciembre de 2014, mediante el cual se determina si el activo, formado por las reservas más los ingresos por cuotas futuros, es suficiente para cubrir el pasivo que se deriva por el pago de pensiones provisionales en curso de pago y futuras, sumas aseguradas futuras, indemnizaciones globales, subsidios y ayudas de gastos de funeral, gasto por prestaciones en especie y el gasto de administración.

Comparando los resultados del balance actuarial respecto a los obtenidos al cierre de 2013, se tiene que la situación financiera de este seguro es más favorable para el IMSS, ya que el superávit actuarial en términos del valor presente del volumen de salarios pasó de 0.08% en 2013 a 0.19% en 2014. La mejora de la situación financiera se debe al ahorro que se ha observado en los últimos años en el comportamiento del gasto por sumas aseguradas, derivado de la eficiencia en el mercado de rentas vitalicias, con lo cual permite que la tasa que se requiere para el cálculo de los montos constitutivos y que se empleó en esta valuación, sea la misma que se utilizó en la valuación actuarial al cierre de 2013 y que fue de 3%.

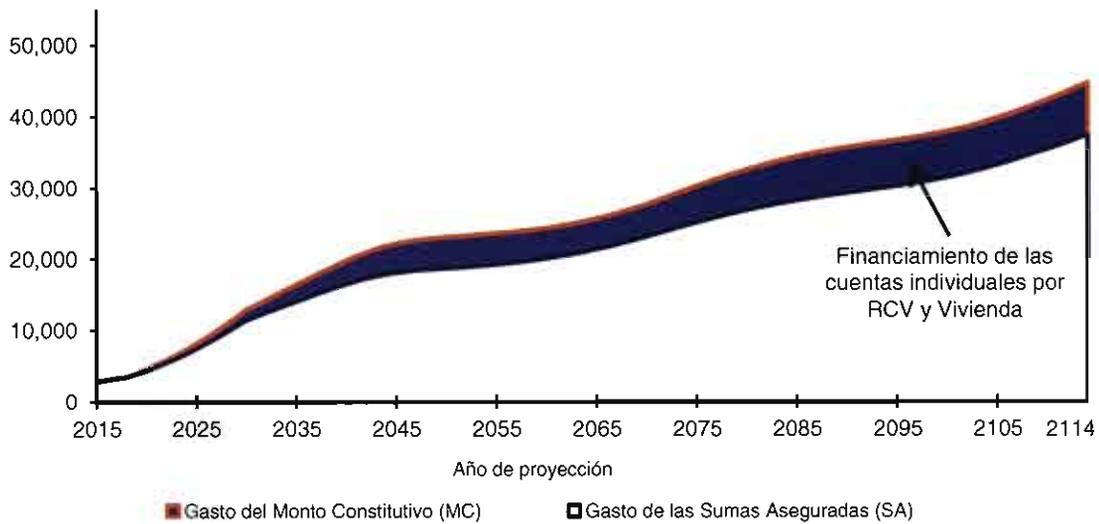
⁶⁰ Los saldos de las cuentas individuales al 31 de diciembre de 2014 fueron proporcionados por la Comisión Nacional del Sistema de Ahorro para el Retiro (CONSAR).

Gráfica III.10.
Prima de gasto y prima media nivelada del Seguro de Riesgos de Trabajo
a 100 años como porcentaje del salario base de cotización
 (porcentaje)



Fuente: Dirección de Finanzas, IMSS.

Gráfica III.11.
Financiamiento de los montos constitutivos por los saldos acumulados en las cuentas
individuales, Seguro de Riesgos de Trabajo
 (millones de pesos de 2014)



Notas RCV = Subcuenta de Retiro, Cesantía en Edad Avanzada y Vejez; Vivienda = Subcuenta de Vivienda.
 Fuente: Dirección de Finanzas, IMSS

Cuadro III.6.
Balance actuarial a 100 años del Seguro de Riesgos de Trabajo, al 31 de diciembre de 2014^{1/}
(millones de pesos de 2014)

Activo			Pasivo	
		VPSF ^{2/} (%)		VPSF ^{2/} (%)
Saldo de la reserva al 31 de diciembre de 2014 (1) ^{3/}	10,455	0.01	Sumas aseguradas (6) ^{5/}	498,950 0.48
			Pensiones provisionales (7) ^{6/}	59,168 0.06
			Indemnizaciones y laudos (8)	27,132 0.03
Aportaciones futuras (2) ^{4/}			Subsidios y ayudas para gastos de funeral (9)	177,852 0.17
Cuotas obrero, patrón y Gobierno Federal	1,932,114	1.87	Subtotal (10)=(6)+(7)+(8)+(9)	763,102 0.74
Subtotal (3)=(1)+(2)	1,942,569	1.88	Prestaciones en especie (11)	155,279 0.15
(Superávit)/Déficit (4)=(13)-(3)	-195,543	-0.19	Gasto administrativo (12)	828,645 0.80
Total (5)=(3)+(4)	1,747,026	1.69	Total (13)=(10)+(11)+(12)	1,747,026 1.69

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

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

^{3/} Reserva del Seguro de Riesgos de Trabajo registrada en los Estados Financieros del Instituto al 31 de diciembre de 2014

^{4/} La prima utilizada para la estimación de los ingresos por cuotas es de 1.87 por ciento de los salarios y corresponde a la prima promedio obtenida en los últimos tres años.

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

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

Fuente: Dirección de Finanzas, IMSS

Al comparar la prima de ingreso del Seguro de Riesgos de Trabajo de 1.87% que en promedio han pagado las empresas en los últimos tres años, con la prima nivelada del gasto total de 1.69% de los salarios, se confirma que la prima de ingreso es suficiente en el largo plazo.

III.3.3. Escenarios de sensibilidad

Los resultados de la valuación actuarial son sensibles ante cualquier cambio que se dé en la situación económica del país, por tal motivo se calculan dos escenarios de sensibilidad denominados escenario de riesgo 1 (moderado) y escenario de riesgo 2 (catastrófico). Estos escenarios tienen como propósito medir el impacto financiero que tiene en los resultados, la modificación en el escenario base de la tasa de interés para el cálculo de los montos constitutivos, la tasa de rendimiento de la Subcuenta de Retiro, Cesantía y Vejez y el porcentaje de asegurados

que aportan a la Subcuenta de Vivienda. El cuadro III.7 muestra las hipótesis utilizadas para el escenario base y para los escenarios de riesgo, y se destacan las hipótesis que se modifican respecto al escenario base.

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

Para el escenario de riesgo 1 la prima nivelada correspondiente al gasto total asciende a 1.66% para el periodo de 50 años (frente a 1.62% en el escenario base) y a 1.74% para el de 100 años (frente a 1.69% en el escenario base) (columna g).

Para el escenario de riesgo 2 la prima nivelada asciende a 1.68% para el periodo de 50 años (frente a 1.62% en el escenario base) y a 1.76% para el de 100 años (frente a 1.69% en el escenario base) (columna g).

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

Hipótesis	Base (%)	Riesgo 1 (%)	Riesgo 2 (%)
Financieras			
Tasa anual de incremento real de los salarios	0.88	0.88	0.88
Tasa anual de incremento real de los salarios mínimos	0.46	0.46	0.46
Tasa de descuento	3.00	3.00	3.00
Tasa de incremento real anual de los salarios de los trabajadores IMSS y de pensionados IMSS	1.00	1.00	1.00
Tasa de rendimiento real anual de la subcuenta de Retiro, Cesantía en Edad Avanzada y Vejez	3.50	3.50	3.00
Tasa de rendimiento real anual de la subcuenta de Vivienda	3.00	3.00	0.00
Tasa de interés real anual para el cálculo de las anualidades	3.00	2.50	2.00
Porcentaje promedio de asegurados que aportan a la subcuenta de vivienda, es decir que no cuentan con un crédito hipotecario	50.00	50.00	0.00
Demográficas			
Incremento promedio anual de asegurados	0.36	0.36	0.36
Incremento promedio anual de trabajadores IMSS	0.16	0.16	0.16

Fuente: Dirección de Finanzas, IMSS

Cuadro III.8.
Resultados del escenario base y de los escenarios de sensibilidad
de la valuación actuarial del Seguro de Riesgos de Trabajo
(millones de pesos de 2014)

Escenario	Valor presente del gasto							Prima nivelada ^{6/} (%)
	Valor presente de volumen de salarios ^{1/}	Sumas aseguradas	Pensiones por incapacidad permanente con carácter provisional	Prestaciones económicas ^{2/}	Prestación en especie ^{3/}	Administrativo ^{4/}	Total	
	(a)	(b)	(c)	(d)	(e)	(f)	(g)=(b)+(c)+(d)+(e)+(f)	
Resultados a 50 años								
Base	70,632,572	299,485	39,547	140,800	108,254	555,870	1,143,957	1.62
Riesgo 1	70,632,572	330,052	39,547	140,800	108,254	555,870	1,174,524	1.66
Riesgo 2	70,632,572	344,350	39,547	140,800	108,254	555,870	1,188,822	1.68
Resultados a 100 años^{5/}								
Base	103,321,598	498,950	59,168	204,984	155,279	828,645	1,747,026	1.69
Riesgo 1	103,321,598	549,042	59,168	204,984	155,279	828,645	1,797,118	1.74
Riesgo 2	103,321,598	575,046	59,168	204,984	155,279	828,645	1,823,122	1.76

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

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

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

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

^{5/}Es la prima constante en el periodo de proyección sin considerar la reserva del Seguro de Riesgos de Trabajo a diciembre de 2014, que permite captar los recursos suficientes para hacer frente a los gastos por prestaciones en dinero

^{6/}Estos resultados contemplan la proyección hasta la extinción de los asegurados del año 100 de proyección.

Fuente: Dirección de Finanzas, IMSS

El análisis de los resultados de los escenarios de sensibilidad indica que bajo ambos escenarios de riesgo, la prima de ingreso promedio de 1.87% es suficiente para hacer frente a los gastos del Seguro de Riesgos de Trabajo por prestaciones económicas, prestaciones en especie y gastos administrativos.

III.4. Opciones de política

Hoy el IMSS se encuentra en un punto de inflexión en el que es necesario reforzar las acciones emprendidas desde el inicio de la presente Administración para contribuir al cumplimiento de los dos objetivos estratégicos institucionales: i) mejorar la calidad y calidez de los servicios al otorgar las prestaciones a los asegurados y a los beneficiarios con derecho a ellas, de forma expedita y transparente, y ii) sanear financieramente al Instituto, evitando abusos en el otorgamiento de las prestaciones económicas que establece la Ley del Seguro Social. Sólo de esa forma se podrán consolidar los resultados que se empiezan a percibir, como la reducción en los días de trámite para la obtención de los beneficios del seguro y al mismo tiempo haber frenado el crecimiento sostenido en el gasto en subsidios por incapacidad que se había observado los últimos 6 años.

Para cumplir con los objetivos, se continuará con las medidas encaminadas a dar información, asesoría y apoyo técnico a la población asegurada, con el objeto de evitar accidentes y enfermedades de trabajo, reforzando las campañas en las empresas, con especial énfasis en aquellas de alta siniestralidad y con mayor incidencia de riesgos. Con ello, se fortalecerá la cultura de la prevención y se incidirá en la disminución de los accidentes y enfermedades de trabajo, impactando de forma positiva en las primas que pagan los patrones por el Seguro de Riesgos de Trabajo y en los costos en que incurre el Instituto por el otorgamiento de estas prestaciones.

Para el caso de los trabajadores que ante un riesgo de trabajo tengan que hacer uso de estas prestaciones, este año se incrementarán los esfuerzos para la aplicación de criterios objetivos que reconozcan la naturaleza y gravedad de los padecimientos, garantizando el otorgamiento de las prestaciones económicas de este seguro en forma expedita y eficiente a quien tiene derecho, cuidando que esto sea siempre en la proporción que por Ley corresponde. En esta materia también se han tenido grandes avances: hoy el trámite de una pensión se lleva a cabo en casi la mitad del tiempo en que se llevaba al inicio de esta Administración; el siguiente reto es que además de seguir garantizando cada vez un menor tiempo de trámite, en un futuro no sea necesario que el trabajador que requiere de una pensión de este seguro venga a las ventanillas del IMSS a tramitarla.

Mediante el más ambicioso programa de modernización que se haya llevado a cabo en los procesos relacionados con las prestaciones económicas que otorga el IMSS, al final de este año se podrá realizar completamente vía Internet el trámite completo para el otorgamiento de una pensión de este seguro, lo que además de reducir aún más los tiempos de espera, desahogará las ventanillas de prestaciones económicas del Instituto para que puedan ser atendidos en ellas de forma más expedita otro tipo de trámites que sí requieran la revisión de documentos y aclaraciones en ventanilla.

En esta misma línea de simplificación y transparencia en el otorgamiento de las prestaciones de este seguro, tiene especial relevancia la adopción de cada vez más empresas del programa de pago directo y reembolso de subsidios. La meta para este año es que cada vez más empresas se convenzan de los beneficios para sus trabajadores y para ellos mismos de adoptar este convenio, que alinea los incentivos para todos los participantes en el pago de estas prestaciones: el IMSS evita que el

subsidio se pague a una persona distinta a la que tiene el derecho; el trabajador obtiene su pago de forma más fácil y la empresa conoce oportunamente todos los detalles de un riesgo de trabajo.

Quizá el más sensible ejemplo de simplificación y transparencia en materia de trámites de pensiones, es la eliminación del pase de supervivencia que dos veces al año tienen que realizar más de 3.1 millones de pensionados del IMSS en las ventanillas de Prestaciones Económicas de todo el país. Mediante el trabajo coordinado de las áreas de Prestaciones Médicas, Económicas, de Tecnologías de la Información y Finanzas, se ha trabajado en el análisis y cruce de información entre las distintas bases de datos institucionales -ayuda de gastos de funeral, mortalidad en clínicas y hospitales, etcétera-, además de algunas externas -registros civiles estatales, Registro Nacional de Población (RENAPO) y algunas instituciones bancarias-, con lo que hoy se ha demostrado que 75% de los pagos en exceso que se realizan a pensionados fallecidos, se pueden recuperar por distintos medios.

Adicionalmente, con la información que se ha obtenido de los cruces de información, se están generando los perfiles de riesgo que implican una mayor probabilidad de fallecimiento, así como una menor probabilidad de recuperación de los montos pagados en exceso, para estar más al pendiente de su supervivencia, sin que el pensionado tenga que acudir a las ventanillas del IMSS, siempre y cuando en el Instituto se cuente con toda su información actualizada.

De esa forma, una vez que se finalicen los trabajos de automatización de los cruces de información y de actualización de información de los pensionados y sus familias, se estará en condiciones de que los pensionados del IMSS no tengan que realizar pase de supervivencia, con lo que además de la comodidad que ello implica para los derechohabientes, la mayor parte de ellos adultos

mayores, se desahogarán alrededor de 6.2 millones de visitas al año a las ventanillas de prestaciones económicas del IMSS.

Para seguir con los programas de racionalización en el otorgamiento de las prestaciones económicas, el IMSS reforzará este año el monitoreo en la prescripción de incapacidades y dictaminación de pensiones, con base en el trabajo del equipo multidisciplinario de las áreas de Prestaciones Médicas, Económicas, de Tecnologías de la Información y Finanzas, a través del seguimiento puntual del cumplimiento en las metas de uso del sistema de incapacidades electrónicas y de días de incapacidad que se pueden otorgar por unidad de medicina familiar y por médico, realizando el monitoreo del comportamiento del gasto a través del uso de reportes con información detallada (unidad médica, médico, consultorio y diagnóstico) para identificar desviaciones y comportamientos atípicos en el otorgamiento de prestaciones con cargo al Seguro de Riesgos de Trabajo.

Adicionalmente, con el objetivo de mejorar la seguridad en el otorgamiento de las prestaciones de este seguro, se está trabajando en la implementación de nuevas medidas de seguridad: i) un código de seguridad adicional en los certificados de incapacidad temporal para el trabajo, que es validado por las instituciones bancarias; ii) la verificación de la procedencia del pago de subsidios y pensiones con importes altos, y iii) el establecimiento de alertas de seguridad en el sistema de pensiones, que permitan tener un mayor control sobre los pagos a los asegurados y la comprobación con la empresa de que el trabajador efectivamente se encuentra incapacitado.

Estas estrategias, la mayor parte de ellas exitosas pero que necesitan seguirse trabajando y mejorando, permitirán al Instituto otorgar sus prestaciones económicas cada vez en forma más eficiente y razonada, en beneficio de los trabajadores asegurados y sus familias.

Seguro de Invalidez y Vida



Este capítulo analiza la situación financiera que guarda el Seguro de Invalidez y Vida (SIV), y presenta el estado de actividades y los resultados de la valuación actuarial del seguro. El estado de actividades contiene dos versiones, con y sin registro total del costo laboral del Régimen de Jubilaciones y Pensiones (RJP). También se detallan las acciones emprendidas para dar mayor viabilidad financiera al Seguro de Invalidez y Vida en el corto y largo plazos, atendiendo a los dos objetivos estratégicos institucionales:

- i) Mejorar la calidad y calidez de los servicios, al otorgar las prestaciones a los asegurados y los beneficiarios con derecho a ellas, de forma expedita y transparente.
- ii) Sanear financieramente al Instituto.

A dos años del inicio de esta Administración, aunque aún se tiene mucho trabajo pendiente, es posible decir que las estrategias implementadas para que las prestaciones del Seguro de Invalidez y Vida se otorguen de forma más eficiente y expedita a quienes tienen derecho a recibirlas, además de evitar abusos en su prescripción, han llevado esta actividad a un punto de inflexión en el que, como se verá a lo largo del capítulo, se ha logrado reducir los días de trámite para la obtención de los beneficios del seguro y al mismo tiempo convertir el crecimiento sostenido en el gasto en subsidios por enfermedad general que se había observado los últimos 6 años (6.1% anual promedio) en un decremento de 3.1% anual para el periodo 2013-2014.

Hoy en el IMSS se monitorean los días de trámite para las prestaciones que otorga este seguro y se cuenta con presupuestos de días de incapacidad por unidad de medicina familiar y por médico, lo que permite a las delegaciones contar con información actualizada y precisa para dar seguimiento puntual a los tiempos de espera y el gasto que representa el otorgamiento de estas prestaciones en todas las unidades del Instituto que expiden incapacidades. El trabajo pendiente en esta materia se traduce en brindar a los trabajadores asegurados al IMSS mayor información y capacitación para evitar accidentes, así como las herramientas para que en caso de utilizar estas prestaciones, puedan hacerlo de la forma más ágil y expedita posible, tema que se abordará en la sección final del capítulo.

IV.1. Introducción

El Seguro de Invalidez y Vida protege al trabajador en caso de accidente o enfermedad que ocurra fuera del entorno laboral y que tenga como consecuencia un estado de invalidez, y a sus familias, en caso de muerte del asegurado o pensionado. Este seguro se divide en dos ramos: Invalidez y Vida. El ramo de Invalidez protege al asegurado de la contingencia de quedar imposibilitado para procurarse, mediante un trabajo igual, una remuneración superior a 50% de su remuneración habitual percibida durante el último año de trabajo y que esa imposibilidad derive de una enfermedad o accidente no profesionales⁶¹. El ramo de Vida cubre la contingencia del fallecimiento del asegurado o del pensionado de invalidez, otorgando a sus beneficiarios pensiones de viudez, orfandad y ascendencia.

⁶¹ Artículo 119 de la Ley del Seguro Social.

Adicionalmente, los asegurados cuentan con asistencia médica a cargo del Seguro de Enfermedades y Maternidad (SEM)⁶². El cuadro IV.1 y la gráfica IV.1 muestran las prestaciones en especie y en dinero que el Seguro de Invalidez y Vida otorga a los trabajadores y a sus familias ante la ocurrencia de una enfermedad o accidente que resulte en estado de invalidez.

Al 31 de diciembre de 2014, el Seguro de Invalidez y Vida cubría a 16'942,762⁶³ trabajadores con las prestaciones señaladas previamente y es financiado con 2.5% del salario base de cotización para cada trabajador. La cuota se integra de manera tripartita⁶⁴: a los patrones, a los trabajadores y al Gobierno Federal les corresponde cubrir 1.75%, 0.625% y 0.125%⁶⁵ sobre el salario base de cotización, respectivamente.

Durante 2014, el Instituto otorgó, con cargo a este seguro, pensiones temporales y definitivas por un monto de 8,032 millones de pesos, cifra 5.5% menor en términos reales a la de 2013, distribuidos de la forma que muestra el cuadro IV.2.

De acuerdo con la Ley del Seguro Social, los subsidios ajenos a las actividades laborales y las prestaciones en especie de este Seguro se pagan con cargo al Seguro de Enfermedades y Maternidad.

Por ello, el Instituto realiza medidas para la prevención de enfermedades y accidentes no profesionales, para proteger la salud y prevenir la discapacidad. A pesar de las acciones realizadas en años anteriores, el Seguro de Invalidez y Vida presentó en los últimos años un deterioro financiero que ha implicado una reducción del superávit que presenta su estado de actividades.

⁶² Artículo 127 de la Ley del Seguro Social.

⁶³ De los 17'344,064 trabajadores asegurados a diciembre de 2014 en el IMSS (esta cifra incluye las continuaciones voluntarias al Régimen Obligatorio, modalidad 40), el Seguro de Invalidez y Vida cubre a 16'942,762 asegurados; no cuentan con cobertura por el seguro a) los trabajadores al servicio de gobiernos estatales, municipales y organismos descentralizados (modalidad 36), y b) los trabajadores al servicio de las administraciones pública federal, entidades federativas y municipios (modalidad 38).

⁶⁴ Artículos 146, 147 y 148 de la Ley del Seguro Social, el financiamiento del Seguro de Invalidez y Vida

⁶⁵ Equivalente a 7.143% de la aportación patronal.

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

Tipo de prestación	Concepto y fundamento en la Ley del Seguro Social	Descripción
El asegurado que sufra un accidente o enfermedad no profesional, que resulte en estado de invalidez tiene derecho a las siguientes prestaciones:		
En especie	Asistencia médico-quirúrgica	Art. 120, fracc. III y 91
	Asistencia farmacéutica	
	Asistencia Hospitalaria	
En dinero (con cargo al SEM)	Subsidio por incapacidad temporal para el trabajo. Arts. 96 y 98	En 60 por ciento del último salario base de cotización, a partir del cuarto día del inicio de la incapacidad por enfermedad no profesional, mientras dure ésta y hasta por el término de 52 semanas, prorrogables, previo dictamen, hasta por 26 semanas más.
Asegurados En dinero (con cargo al SIV)	Pensión temporal por invalidez. Arts. 120, fracc. I, 121 y 141	En 35 por ciento del promedio de los salarios correspondientes a las últimas 500 semanas de cotización, o a las que tuviere siempre que sean suficientes para ejercer el derecho. Otorgada por periodos renovables en los casos de existir posibilidad de recuperación para el trabajo, o cuando por la continuación de una enfermedad no profesional se termine el disfrute del subsidio y la enfermedad persista. Se requiere de un mínimo de 250 semanas cotizadas. En caso de invalidez superior a 75 por ciento, se requiere de 150 semanas de cotización.
	Pensión definitiva por invalidez. Arts. 120, fracc. II, 121, 122 y 141	En 35 por ciento del promedio de los salarios correspondientes a las últimas 500 semanas de cotización, o a las que tuviere siempre que sean suficientes para ejercer el derecho. Otorgada cuando el estado de invalidez se dictamina de naturaleza permanente o cuando derivado de la valoración médica inicial se establezca como tal. Se requiere de un mínimo de 250 semanas cotizadas. En caso de invalidez superior a 75 por ciento, se requiere de 150 semanas de cotización.
	Asignaciones Familiares. Art. 138.	Ayuda por concepto de carga familiar que se concederá a los beneficiarios del pensionado por invalidez.
Al fallecimiento del asegurado o pensionado, los beneficiarios tienen derecho a las siguientes prestaciones:		
En especie	Asistencia médico-quirúrgica	Art. 127, fracc. V y 91
	Asistencia farmacéutica	
	Asistencia hospitalaria	
Beneficiarios En dinero	Pensiones. Arts. 127 al 137	Con base en la pensión de invalidez aquella que hubiera correspondido al asegurado o pensionado. a) Viudez; equivalente a 90 por ciento. Se otorga al cónyuge sobreviviente, a falta de éste a la concubina o concubinario. Arts. 127 y 130 b) Orfandad; equivalente a 20 por ciento, si la orfandad es por la muerte de ambos padres, será equivalente a 30 por ciento. Se otorga a los hijos hasta los 16 años sin limitación o condición alguna, a los hijos mayores de 16 y hasta los 25 años cuando se encuentren estudiando en planteles del sistema educativo nacional. El hijo mayor de 16 años que desempeñe un trabajo remunerado no tiene derecho a percibir esta pensión salvo que no puedan matenerse por su propio trabajo, debido a una enfermedad crónica, defecto físico o psíquico, en tanto no desaparezca la incapacidad que padece. Arts. 134 a 136. c) Ascendencia; equivalente a 20 por ciento. Es otorgada a cada uno de los padres dependientes económicamente del asegurado, a falta de cónyuge, concubina o concubinario e hijos con derecho. Art. 137
	Ayuda para gastos de funeral. Artículo 104.	Pago en una sola exhibición de la cantidad equivalente a 60 días del salario mínimo general que rija en el Distrito Federal. El asegurado deberá tener doce cotizaciones semanales en los nueve meses anteriores al fallecimiento. Tratándose de pensionados deberán estar vigentes.

Fuente: Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales. IMSS.

Gráfica IV.1.
Eventos que generan prestaciones en dinero en el Seguro de Invalidez y Vida¹⁷

SUBSIDIOS



Los certificados de incapacidad tienen un límite máximo de hasta 52 semanas (prorrogable hasta 26 semanas más)

Este plazo puede ser menor en caso de que desde la primera valoración se determine que la invalidez puede ser permanente

PENSIONES

En caso de que el trabajador siga incapacitado al término del plazo máximo de año y medio.



Los dictámenes de invalidez tienen un límite máximo de hasta 104 semanas, prorrogables por otro período igual

Este plazo puede ser menor si se determina antes una pensión por invalidez

Las pensiones son permanentes

No se requiere tener como antecedente directo una pensión provisional

Son con cargo al Gobierno Federal (LSS73); o a la cuenta individual (LSS97) Si los recursos resultan insuficientes, el IMSS cubre la diferencia para la compra de una renta vitalicia

* Si no cuenta con derecho (semanas) se emite una negativa de pensión

¹⁷ Con cargo a este seguro también se otorgan ayudas para gastos de funeral a los deudos, en caso de fallecimiento del trabajador por un accidente o enfermedad no relacionada con el trabajo.

Fuente: Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales, IMSS

Cuadro IV.2.
Distribución de las Prestaciones del Seguro de Invalidez y Vida (SIV)
(millones de pesos)

Total de prestaciones en dinero	49,901
Subsidios por incapacidad temporal para el trabajo (con cargo al SEM)	4,683
A. Pensiones temporales	1,228
B. Sumas aseguradas por rentas vitalicias (Ley 97)	6,804
Con cargo al Gobierno Federal	37,186
Pensiones definitivas (Ley 73, con cargo al Gobierno Federal)	37,186
Prestaciones en dinero del Seguro de Invalidez y Vida (SIV) (A+B)	8,032

Fuente: Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales, IMSS.

Además de las acciones tradicionales encaminadas a dar información para prevenir enfermedades y accidentes, esta Administración adoptó durante 2014 una estrategia más agresiva en materia de campañas de prevención. Se intensificaron las acciones encaminadas a informar apropiadamente y mantener la salud de los trabajadores, de modo que a través de PREVENIMSS se atendió a una población de más de 28 millones de derechohabientes y en particular se visitaron más de 7 mil centros laborales, con lo que se orientó y realizó el chequeo correspondiente de más de 1 millón de trabajadores, récord histórico para el Instituto.

Para lograr el objetivo trazado en esta Administración de que las prestaciones en dinero de este seguro sean pagadas de forma ágil y expedita a aquellos que tienen derecho a las mismas, desde 2013 el IMSS puso en marcha un ambicioso programa de modernización y digitalización de los procesos para el otorgamiento de las prestaciones en dinero de este seguro, que ha empezado a rendir frutos en 2014. Al cierre del año informa el plazo máximo de resolución de trámite de solicitud de pensiones es de 12 días, frente a los 20 días que este trámite tardaba en 2012; además, en este mismo periodo se redujo de 32 a 12 los trámites relacionados con las prestaciones económicas que otorga el Instituto. Esto es, hoy el IMSS paga sus prestaciones económicas relacionadas con el Seguro de Invalidez y Vida más rápido y con menos trámites.

Aún se tiene mucho trabajo en materia de modernización y eficiencia de los trámites relacionados con este seguro, al igual que en el capítulo relativo al Seguro de Riesgos de Trabajo en las Opciones de Política de este capítulo se detallará el reto del IMSS en esta materia, que es que cada vez más prestaciones económicas se puedan tramitar vía Internet, lo

que redundará en beneficio de los trabajadores que requieran las prestaciones de este seguro, ya que darán menos vueltas para realizar el trámite y esperarán menos tiempo para recibir los subsidios o pensiones.

Con una mayor eficiencia y quizá como parte fundamental de ella, este año se reforzaron y afinaron las medidas para evitar abusos en la prescripción de subsidios por incapacidad, monitoreando el otorgamiento de los días subsidiados de acuerdo con el tipo de padecimiento o accidente y fortaleciendo el uso de la incapacidad electrónica para tener un mayor control sobre el origen y el detalle del respectivo subsidio, también se revisaron y actualizaron los criterios médicos para el otorgamiento de los certificados de incapacidad temporal y permanente; todo ello, acompañado de una campaña de transparencia que incluyó la aplicación de programas de usuario simulado para identificar funcionarios que realizaban acciones indebidas para otorgar las prestaciones de este seguro. De la aplicación de estas medidas y sus primeros resultados para las finanzas del Instituto, se hablará con mayor detalle en el apartado correspondiente.

En resumen, los objetivos de esta Administración respecto del otorgamiento de las prestaciones en dinero son claros: i) otorgar la incapacidad y pagar el subsidio o la pensión de manera transparente y ágil cuando así proceda, y ii) evitar los abusos que afectan a los trabajadores y a las finanzas institucionales. Hoy se puede decir que aunque queda mucho trabajo por hacer, se empiezan a percibir los primeros resultados de las políticas implementadas en 2013 y 2014, que son las bases para el trabajo que se seguirá realizando en los años siguientes.

IV.1.1. Subsidio por incapacidad temporal para el trabajo

Como se describe en el cuadro IV.1 y la gráfica IV.1, cuando un trabajador tiene un accidente o una enfermedad no profesional que ocasione pérdida de facultades o aptitudes de una persona que lo imposibilite para desempeñar su trabajo, el IMSS cubrirá al asegurado un subsidio igual a 60% de su salario base de cotización, con cargo al Seguro de Enfermedades y Maternidad. Dicho subsidio se pagará a partir del cuarto día que ampare el certificado de incapacidad y por todo el tiempo que dure la imposibilidad para laborar, con un límite de 52 semanas posteriores al siniestro⁶⁶, prorrogables por 26 semanas más. En caso de continuar la incapacidad, se dictaminará la pensión temporal o definitiva.

Esta Administración ha tomado medidas para que los subsidios por invalidez se otorguen de manera ágil y transparente a quienes tienen derecho a recibirlos. Durante 2014 se reforzaron medidas como la suscripción de convenios con empresas para que realicen directamente el pago de estos subsidios a sus trabajadores una vez que son determinados por el IMSS. Con este programa, que se explicó detalladamente en el capítulo del Seguro de Riesgos de Trabajo, se logra una plena alineación de incentivos en el pago de estas prestaciones: el IMSS evita que el subsidio se pague a una persona distinta a la que tiene el derecho; el trabajador obtiene su pago de forma más fácil, ya que la empresa le deposita el subsidio en su cuenta de nómina, y la empresa conoce oportunamente la existencia de un riesgo calificado como de trabajo, el número de días de incapacidad que se otorgan por dicho riesgo y el importe pagado.

Aunado a que las prestaciones de este seguro sean otorgadas a quien se merece de forma ágil y expedita, esta Administración ha puesto especial énfasis en que

el goce de estas prestaciones sea congruente con el padecimiento de que se trate, evitando abusos. Para ello, en 2014 se revisaron y actualizaron los criterios médicos para el otorgamiento de los certificados de incapacidad temporal y permanente, brindando mayor claridad a los equipos médicos delegacionales sobre los criterios aceptados respecto al número de días de incapacidad por padecimiento, siempre con estricto respeto y apego a la prevalencia del criterio del médico tratante.

Con los criterios actualizados, durante 2014 se continuó con el seguimiento puntual del otorgamiento de los subsidios con metas delegacionales de reducción en días subsidiados y un mayor control en el presupuesto con que cuentan para el otorgamiento de las prestaciones en dinero de este ramo. Para reforzar el seguimiento a las metas, durante 2014 se fortalecieron las medidas de coordinación entre las áreas involucradas en el proceso de las prestaciones económicas, lo que ha permitido que hoy un equipo multidisciplinario revise mensualmente todos los aspectos relacionados con el otorgamiento de subsidios por incapacidad a nivel nacional, delegacional, por unidad de medicina familiar y por médico.

De esta forma, ese grupo envía periódicamente a los equipos delegacionales de seguimiento, información respecto de las unidades y los médicos que aumentan el promedio delegacional de días subsidiados y no les permiten alcanzar las metas establecidas, además de brindarles la posibilidad de constatar que el comportamiento de sus unidades sea acorde con la siniestralidad delegacional.

Una de las lecciones más importantes aprendidas con esta nueva forma de trabajo es la importancia de promover el uso en todo el país del sistema de expedición de incapacidades electrónicas en vez de las incapacidades manuales tradicionales, ya que

⁶⁶ Artículo 58 de la Ley del Seguro Social.

con la incapacidad electrónica se tiene un seguimiento total sobre el origen y características del accidente o padecimiento que dio como resultado el pago del subsidio, lo que permite identificar conductas anormales en la expedición de días subsidiados, mismas que son de inmediato investigadas por los equipos multidisciplinarios y tomadas las medidas para corregirlas. Por ello, esta Administración ha trabajado en fortalecer el uso de la incapacidad electrónica sobre todo en el primer nivel de atención, que es donde se expide el mayor número de incapacidades.

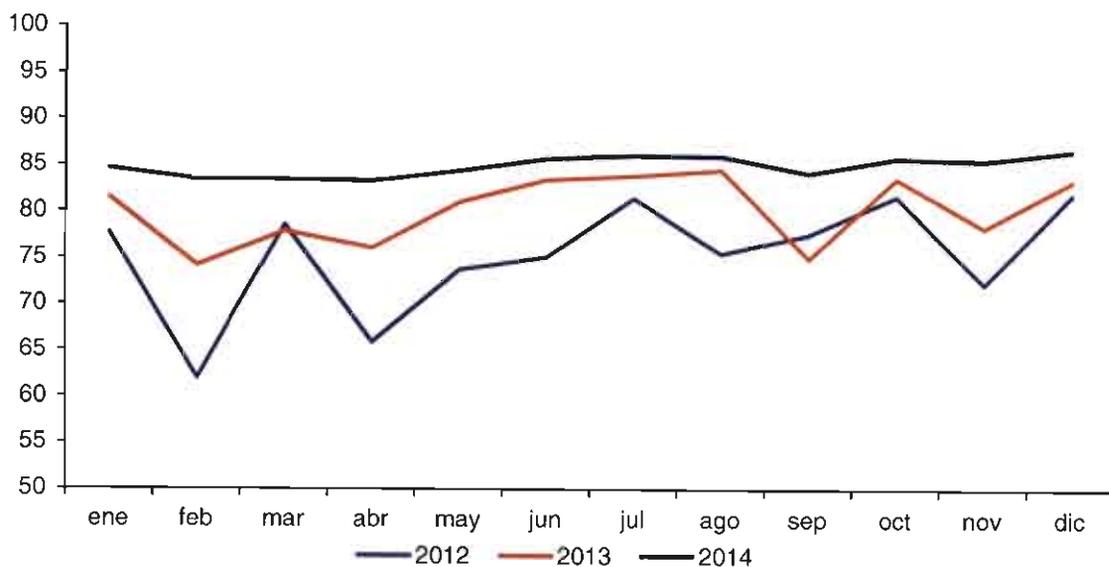
Como se puede ver en la gráfica IV.2, en 2014 se ha mantenido un porcentaje cercano a 85% de uso de la expedición electrónica en el primer nivel de atención en todo el país, cifra superior al de años anteriores. Para este año el reto es aumentar este porcentaje hasta abatir el uso de las incapacidades manuales, lo que ayudará a alcanzar las metas de eficiencia en el gasto de las prestaciones económicas de este seguro que esta Administración se ha planteado.

Derivado de esta nueva forma de dar seguimiento al otorgamiento de los subsidios, como se puede ver en la gráfica IV.3, en 2014 se redujo por segundo año consecutivo el número de días subsidiados y el número de certificados expedidos.

Como consecuencia de la reducción en los días subsidiados, se logró por segundo año consecutivo una reducción en el gasto asociado al pago de subsidios por enfermedad general, revirtiendo la tendencia que se había observado en años anteriores, en los que el gasto creció a un ritmo promedio anual de 6.1% (2006-2012), logrando una reducción anual promedio para el periodo 2013-2014 de 3.1% anual. Como se puede ver en la gráfica IV.4, el nivel de gasto en subsidios por enfermedad general está en un nivel real inferior al observado en 2011.

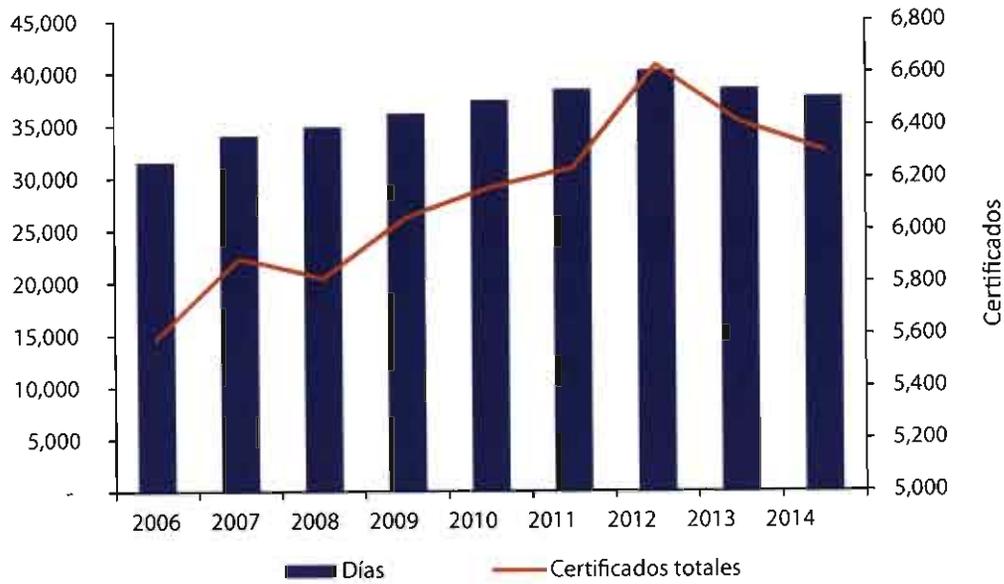
Si derivado de una nueva valoración del médico antes de transcurrido el plazo de hasta 78 semanas que puede durar el periodo de incapacidad temporal

Gráfica IV.2.
Porcentaje de expedición electrónica primer nivel de atención, 2012-2014



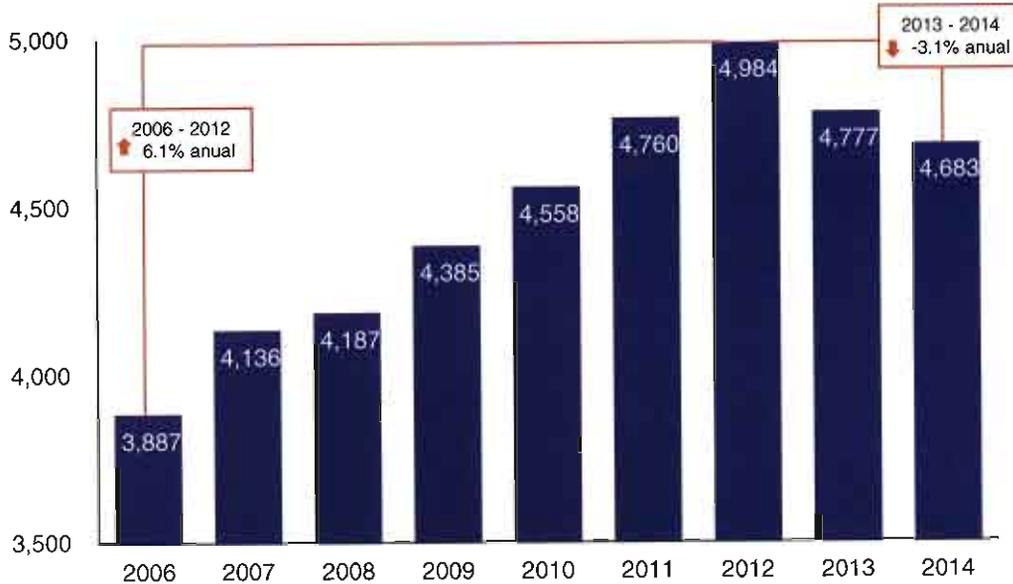
Fuente: Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales, IMSS.

Gráfica IV.3.
Certificados y días de incapacidad del Seguro de Invalidez y Vida, 2006-2014
 (miles de casos)



Fuente: Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales, IMSS.

Gráfica IV.4.
Gasto en subsidios por enfermedad general, 2006-2014
 (millones de pesos de 2014)



Fuente: Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales, IMSS.

o a la conclusión de dicho plazo, se determina que el trabajador no recupera las condiciones que tenía antes del accidente o enfermedad, su condición se deberá dictaminar como permanente parcial o total y el trabajador tendrá derecho a una pensión. Dicha pensión tendrá carácter temporal por periodos renovables si se tiene la expectativa de mejora, o definitiva.

IV.1.2. Pensiones

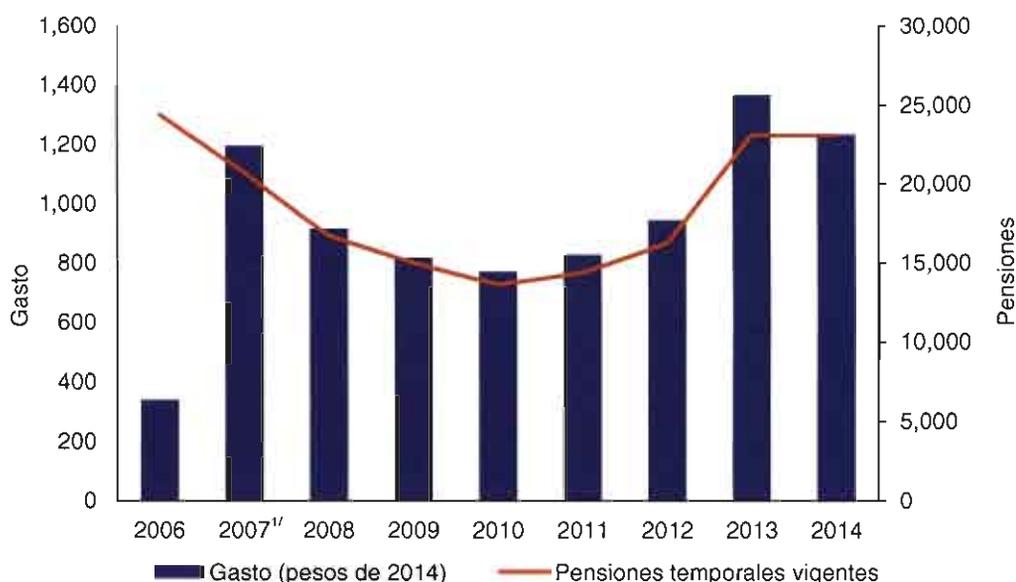
Como se detalla en el cuadro IV.1 y en la gráfica IV.1, dependiendo del padecimiento o las secuelas de un accidente o enfermedad y acorde con lo que se dictamine a través de la valoración médica que realiza el Instituto, una vez transcurrido el periodo máximo del subsidio, un trabajador puede acceder a una pensión por invalidez parcial o total. La pensión se podrá otorgar con carácter de temporal o definitiva.

Pensiones temporales

Los asegurados que, como resultado de la valoración médica, obtienen un dictamen de invalidez temporal acceden a una pensión de la misma naturaleza por periodos renovables, en los casos en que existe la posibilidad de recuperación para el trabajo.

La gráfica IV.5 muestra el crecimiento sostenido que experimentaron las pensiones temporales a partir de 2010, alcanzando un nivel máximo en 2013 con más de 25 mil pensiones vigentes. Ante esta situación, en 2014, el Instituto llevó a cabo un programa intensivo de revisión y revaloración de las pensiones temporales vigentes, que permitió generar altas del estado de invalidez a quienes se recuperaron, y en su caso, el otorgamiento de una pensión definitiva. Estas revaloraciones fueron hechas con énfasis en una dictaminación médica objetiva, razonada y transparente, y lograron que para el cierre de 2014 el número de pensiones temporales que cubre el Instituto sea de poco más de 23 mil.

Gráfica IV.5.
Pensiones temporales vigentes y gasto, 2006-2014
(casos y millones de pesos de 2014)



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

Fuente: Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales, IMSS

Pensiones definitivas

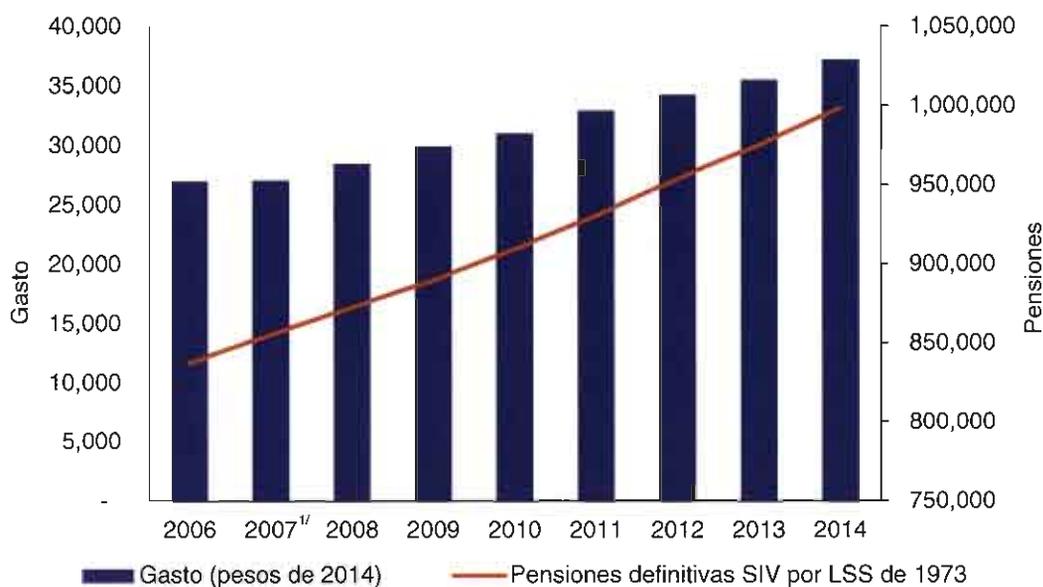
Las pensiones definitivas se otorgan al trabajador cuando derivado de una valoración médica se determine el estado de invalidez de naturaleza permanente para un asegurado⁶⁷, ya sea bajo el régimen que establece la Ley del Seguro Social de 1973 (Ley de 1973) o por el de la Ley del Seguro Social de 1997 (Ley de 1997). El trabajador que cuente con cotizaciones anteriores al 1° de julio de 1997, podrá elegir entre la aplicación de cualquiera de las dos leyes.

Las pensiones otorgadas bajo el régimen de la Ley de 1973 constituyen un pasivo a cargo del Gobierno Federal, quien las cubre, por lo que no forman parte de los resultados de la valuación actuarial del

Seguro de Invalidez y Vida⁶⁸. La gráfica IV.6 muestra el número de casos y el gasto que observaron las pensiones definitivas por la Ley de 1973. Se incluyen tanto pensiones directas por invalidez, como aquellas derivadas, es decir, otorgadas a los beneficiarios.

Como se puede ver en la gráfica IV.6, el número de pensiones definitivas al amparo de la Ley de 1973 se ha mantenido con un comportamiento creciente los últimos años, con lo que al cierre del 2014 la nómina de pensiones definitivas por invalidez del Instituto fue de 998,967 pensiones, con una nómina asociada de 37,168 millones de pesos, lo que significa un aumento de 2.4% en el número de pensiones definitivas bajo la Ley de 1973, respecto a las que se dieron en 2013.

Gráfica IV.6.
Pensiones definitivas vigentes y gasto en el Seguro de Invalidez y Vida por Ley del Seguro Social de 1973, 2006-2014
(casos y millones de pesos de 2014)



¹¹ El incremento en el gasto 2007 se explica por una corrección realizada en la clasificación de un número considerable de pensiones temporales que erróneamente fueron consideradas de régimen de la Ley de 1973 con financiamiento a cargo del Estado en lugar de régimen de la Ley de 1997

Fuente: Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales. IMSS

⁶⁷ Artículo 121 de la Ley del Seguro Social.

⁶⁸ De acuerdo con lo establecido en los Artículos Tercero, Undécimo y Duodécimo Transitorios de la reforma a la Ley del Seguro Social, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 21 de diciembre de 1995 y vigente a partir del 1° de julio de 1997.

Por su parte, las pensiones definitivas de este seguro otorgadas bajo el régimen de la Ley de 1997 se otorgan a través de una renta vitalicia que el IMSS le compra a una aseguradora mediante el pago de un monto constitutivo, denominado suma asegurada⁶⁹. Las pensiones otorgadas a los beneficiarios en caso de fallecimiento del trabajador o del pensionado por invalidez son también de carácter definitivo. En la gráfica IV.7 se puede ver el número de rentas vitalicias que se han otorgado hasta 2014 con cargo al Seguro de Invalidez y Vida y el costo en sumas aseguradas para el Instituto.

La gráfica IV.7 muestra que el número de rentas vitalicias presentó un aumento de 5.7% respecto a 2013; aun con ello, el gasto por sumas aseguradas presentó un decremento de 4.8% real durante este año. La proporción de personas que obtienen rentas vitalicias, respecto al total de pensiones otorgadas por el Seguro de Invalidez y Vida, se incrementa año con año, al pasar de 16% en 2006 a 20% en 2014, derivado de que cada vez hay menos trabajadores que hayan cotizado bajo la Ley de 1973.

Esta contención en el gasto es consecuencia de la aplicación de varias medidas llevadas a cabo durante 2014 para hacer más eficiente el mercado de rentas vitalicias: i) la eliminación de la tasa de referencia que las aseguradoras ofrecen al IMSS para financiar la pensión del trabajador que repercutió

en una caída en la tasa de interés técnico⁷⁰; ii) la introducción de nuevas reglas para evitar la colusión⁷¹, y iii) la incorporación de un incentivo económico para aquel trabajador que eligiera la aseguradora que le ofreciera al Instituto la tasa de interés más favorable, denominado Beneficio Adicional Único (BAU). Con estas medidas, como se puede ver en la gráfica IV.8, el IMSS obtuvo durante 2014 ahorros por 1,177 millones de pesos⁷², además de generar mayores condiciones de competencia en el mercado de rentas vitalicias.

Hoy las pensiones se pagan a los trabajadores en promedio, casi en la mitad del tiempo que al inicio de la administración (12 días en vez de 20) y se ha logrado una mayor transparencia en el pago de pensiones, al grado que 99% de los pagos de pensiones del Seguro de Invalidez y Vida se realizan a través de depósito en cuenta bancaria, lo cual redundará en un mejor servicio a los trabajadores que se tienen que pensionar por este seguro y al mismo tiempo, menos gasto para el Instituto por comisiones bancarias, reforzando la visión de esta Administración de mejorar el servicio al tiempo de sanear las finanzas institucionales. Para los siguientes años, como se explica en la sección final de este capítulo, el reto es que los trabajadores acudan a las ventanillas del IMSS las menos veces posibles para tramitar sus pensiones y éstas se paguen cada vez con más eficiencia y oportunidad.

⁶⁹ Los recursos que transfiere el IMSS a las aseguradoras para la compra de las rentas vitalicias se conocen como sumas aseguradas y se calculan restando al monto constitutivo (precio de la renta vitalicia) los recursos que cada trabajador tiene en su cuenta individual, la cual es manejada por una Administradora de Fondos para el Retiro (AFORE)

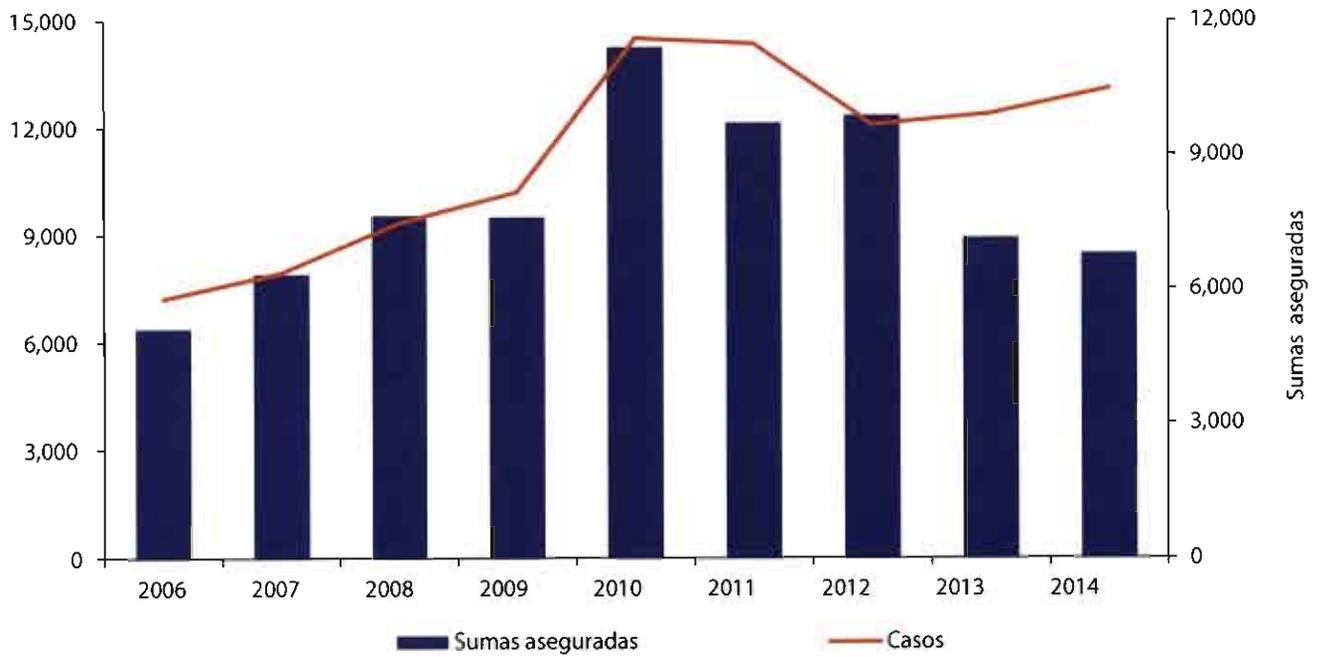
⁷⁰ La tasa de interés técnico se publicaba semanalmente por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas en la Circular Única de Seguros hasta el mes de enero de 2014. En promedio, la tasa utilizada para el cálculo de los montos constitutivos registró un decremento de 1% respecto a la de 2012 (al pasar de 2.48% a 2.45%). Fue en 2013 cuando se registró el valor mínimo histórico de 1.29%, registrado en el mes de mayo

⁷¹ Metodología aprobada en el seno del Comité del Artículo 81 de la Ley de los Sistemas de Ahorro para el Retiro y publicada en la Circular Modificatoria 63/13 de la Circular Única de Seguros.

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

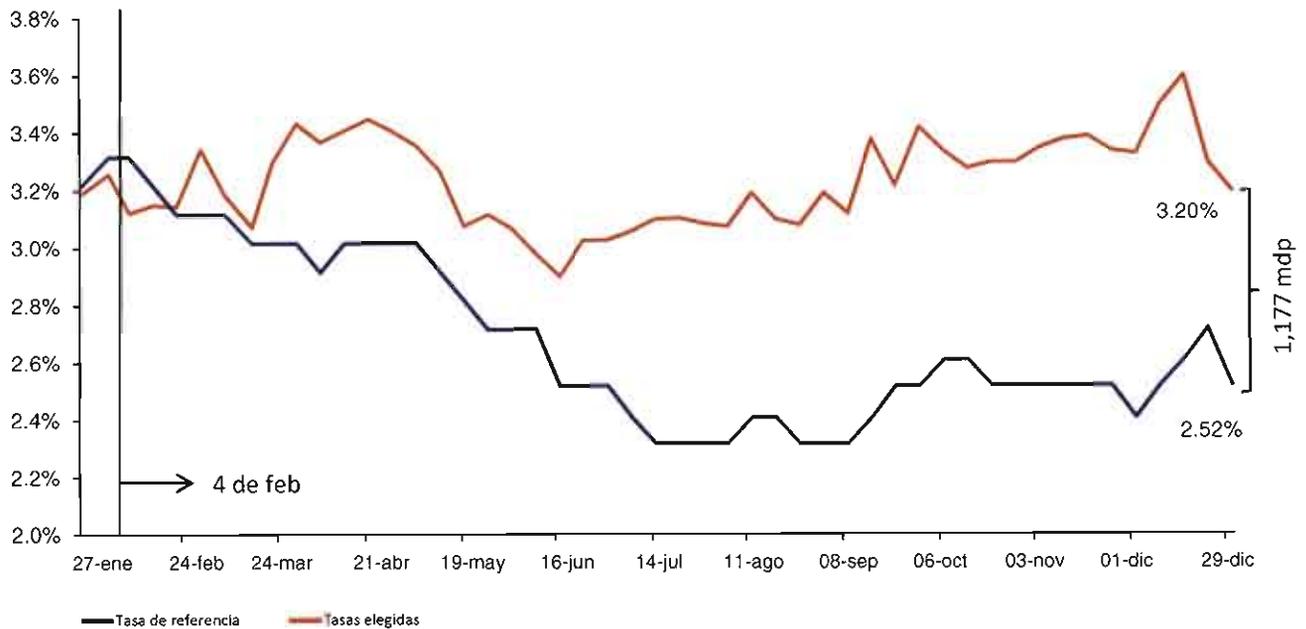
⁷² Este ahorro comprende las rentas vitalicias otorgadas por el Seguro de Riesgos de Trabajo y el Seguro de Invalidez y Vida.

Gráfica IV.7.
Rentas vitalicias y sumas aseguradas del Seguro de Invalidez y Vida, 2006-2014
 (casos y millones de pesos de 2014)



Fuente: Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales, IMSS.

Gráfica IV.8.
Nuevo esquema de rentas vitalicias
 (año 2014)



Fuente: Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales, IMSS.

IV.2. Estado de actividades

Con base en el Artículo 277 E de la Ley del Seguro Social, el cuadro IV.3 presenta el estado de actividades del Seguro de Invalidez y Vida para el ejercicio 2014, considerando dos escenarios para el reconocimiento del costo neto del periodo del Régimen de Jubilaciones y Pensiones: con registro parcial y con registro total⁷³. El resultado del ejercicio de este seguro fue equivalente a un superávit de 35,973 millones de pesos con el registro parcial del costo neto del periodo de las obligaciones laborales del Instituto y un superávit de 31,803 millones de pesos con el registro total.

IV.3. Resultados de la valuación actuarial

La valuación actuarial tiene como propósito verificar la suficiencia financiera de este seguro en el corto, mediano y largo plazos, y en caso de que los ingresos por cuotas no sean suficientes para cubrir el gasto por las prestaciones en dinero que se otorgan a los asegurados, y el gasto administrativo asociado a este seguro, se establece la prima nivelada que permitiría mantener el equilibrio financiero.

⁷³ El costo neto del periodo (con cargo a resultados del ejercicio 2014) es el costo derivado de la relación laboral atribuible al año de valuación y está integrado por los siguientes conceptos: costo laboral, costo financiero, rendimientos de los activos del plan y amortizaciones. Para más detalles ver el Capítulo X, sección X.1.1

IV.3.1. Proyecciones demográficas y financieras

Para elaborar la valuación actuarial se emplean elementos demográficos y financieros, los cuales se describen en el Anexo C del presente Informe⁷⁴. Los principales elementos que se consideran son:

- i) Los beneficios establecidos en la Ley del Seguro Social para el Seguro de Invalidez y Vida.
- ii) La población asegurada con derecho a las prestaciones cubiertas por el seguro.
- iii) Salarios promedio de cotización.
- iv) Saldos acumulados en las cuentas individuales.
- v) Hipótesis demográficas y financieras.

Las prestaciones valuadas son las otorgadas por el seguro bajo la Ley del Seguro Social vigente, siendo éstas las pensiones de invalidez con carácter temporal y definitivo, y las pensiones por viudez, orfandad y ascendencia que se derivan de la muerte de un asegurado o pensionado, incluyendo las asignaciones familiares y ayudas asistenciales, según corresponda. Asimismo, se valúan los gastos de administración, los cuales incluyen la parte proporcional del gasto del Régimen de Jubilaciones y Pensiones a cargo del IMSS en su carácter de patrón, que se asigna a este seguro

⁷⁴ En el Anexo C se describen ampliamente las hipótesis de valuación.

Cuadro IV.3.
Estado de actividades del Seguro de Invalidez y Vida, al 31 de diciembre de 2014
(millones de pesos corrientes)

Concepto	Costo neto del periodo del RJP	
	Con registro parcial	Con registro total
Ingresos y otros beneficios		
Ingresos de la gestión		
Cuotas y aportaciones de seguridad social	44,114	44,114
Ingresos por venta de bienes y servicios		
Ingresos por venta de bienes y servicios de organismos descentralizados	-	-
Otros ingresos y beneficios		
Ingresos financieros		
Intereses ganados de valores, créditos, bonos	853	853
Otros ingresos y beneficios varios	2,201	2,201
Total de ingresos	47,168	47,168
Gastos y otras pérdidas		
Gastos de funcionamiento		
Servicios de personal	905	905
Materiales y suministros	16	16
Servicios generales y subrogación de servicios	68	68
Otros gastos y pérdidas		
Subsidios	8,038	8,038
Estimaciones, depreciaciones y deterioro	343	343
Otros gastos	1,416	1,416
Pagos a pensionados y jubilados IMSS	338	338
Costo por beneficios a empleados (RJP) ¹¹	71	4,241
Total de gastos	11,195	15,365
Resultado del ejercicio	35,973	31,803

¹¹El costo neto del periodo determinado por el despacho externo Aon México Business Support, S. A. de C. V., por 4,579 millones de pesos en 2014, se integra por los rubros de pagos a pensionados y jubilados IMSS y costo por beneficios a empleados del Régimen de Jubilaciones y Pensiones.

Fuente: Dirección de Finanzas, IMSS, a partir de los Estados Financieros dictaminados al 31 de diciembre de 2014 y 2013, y de la Valuación Actuarial del Régimen de Jubilaciones y Pensiones y Prima de Antigüedad de los Trabajadores del Instituto Mexicano del Seguro Social bajo la Norma de Información Financiera D-3 "Beneficios a los Empleados", al 31 de diciembre de 2014 y Proyecciones para 2015.

como parte de dichos gastos⁷⁵. En el caso del Seguro de Invalidez y Vida, a diferencia del Seguro de Riesgos de Trabajo, los subsidios, ayudas de funeral y los gastos de médicos asociados a un accidente o enfermedad no laboral, son a cargo del Seguro de Enfermedades y Maternidad.

Los resultados se realizan para el escenario base, el cual se considera como el que mejor refleja la situación financiera del seguro en el corto, mediano y largo plazos, y en adición se obtienen para dos escenarios de sensibilidad.

Proyecciones demográficas

El número de asegurados que se considera estará expuesto a las contingencias por invalidez y fallecimiento por una enfermedad o riesgo no laboral, se conforma de los asegurados vigentes a diciembre de 2014 que asciende a 16'942,762⁷⁶ y del número de asegurados que se espera se incorporarán en el futuro. Además, el número de asegurados considera a los trabajadores propios del IMSS y a los trabajadores que laboran en las empresas afiliadas al IMSS.

El número de nuevas pensiones que se calcula en cada año de proyección, resulta de aplicar al número de asegurados que se estima que estará vigente en cada año, las probabilidades por invalidez o por fallecimiento a causa de un riesgo no laboral⁷⁷.

Las proyecciones demográficas que se obtienen en la valuación actuarial se muestran en el cuadro IV.4, y los elementos que se presentan son:

- i) El comportamiento probable del número de asegurados para el periodo 2015-2114 (columna a), estimado conforme a las hipótesis de crecimiento de asegurados.
- ii) El número de los nuevos pensionados de viudez, orfandad y ascendencia, derivados del fallecimiento de asegurados y/o pensionados por invalidez temporal (columna b).
- iii) El número de los nuevos pensionados directos por concepto de invalidez (columna c), incluyendo los que tienen una pensión definitiva y temporal.

A partir de los resultados de la valuación actuarial se determina la relación del número de pensionados por cada 1,000 asegurados (columna e del cuadro IV.4), la cual presenta una tendencia creciente hasta el año 2045, esto se debe a que actualmente coexisten dos grupos poblacionales: i) los asegurados de la generación en transición cuya afiliación es anterior al primero de julio de 1997 y que pueden elegir entre el esquema de pensiones de la Ley de 1997 y el de la Ley de 1973, y ii) el grupo de asegurados cuya afiliación es a partir del 1° de julio de 1997 y obtendrán su pensión bajo la Ley de 1997. El primer grupo es una población cerrada y, en la medida en que estos asegurados vayan saliendo de la vida activa

⁷⁵ La estimación del gasto administrativo, corresponde a una prima promedio de 0.32% de los salarios de cotización, la cual incluye el gasto del Régimen de Jubilaciones y Pensiones que se asigna al Seguro de Invalidez y Vida

⁷⁶ Para el Seguro de Invalidez y Vida el número de asegurados está conformado por los afiliados a las siguientes modalidades de aseguramiento, según régimen. Régimen Obligatorio: Modalidad 10: Trabajadores permanentes y eventuales de la ciudad, Modalidad 13: Trabajadores permanentes y eventuales del campo; Modalidad 14: Trabajadores eventuales del campo cañero; Modalidad 17 Reversión de cuotas por subrogación de servicios, y Modalidad 30 Productores de caña de azúcar; y, Régimen voluntario: Modalidad 35. Patrones personas físicas con trabajadores a su servicio; Modalidad 40 Continuación Voluntaria en el Régimen Obligatorio, Modalidad 42: Trabajadores al servicio de los gobiernos de los estados; Modalidad 43 Incorporación Voluntaria del campo al Régimen Obligatorio, y Modalidad 44: Trabajadores independientes

⁷⁷ Las probabilidades que se emplean en la valuación actuarial se describen en la sección de bases biométricas del Anexo C del presente Informe

Cuadro IV.4.
Resumen de las proyecciones demográficas de la valuación actuarial del Seguro de Invalidez y Vida

Año de proyección	Asegurados^{1/}	Pensionados derivados de fallecimiento^{2/}	Pensionados por invalidez^{3/}	Total de pensionados	Número de pensionados por cada 1,000 asegurados
	(a)	(b)	(c)	(d)=(b)+(c)	(e)=(d/a)*1000
2014 ^{4/}	16,942,762	14,693	9,034	23,727	1.40
2015	17,434,465	17,069	9,977	27,046	1.55
2016	17,952,393	18,784	10,728	29,513	1.64
2020	20,144,366	26,210	13,610	39,820	1.98
2025	22,374,720	36,699	20,562	57,262	2.56
2030	23,148,306	47,821	28,601	76,422	3.30
2035	23,623,495	58,455	35,600	94,056	3.98
2040	23,840,865	67,690	42,817	110,507	4.64
2045	23,872,467	71,209	46,694	117,903	4.94
2050	23,894,889	69,698	46,621	116,319	4.87
2055	23,916,743	66,470	43,319	109,790	4.59
2060	23,938,623	65,081	40,238	105,318	4.40
2065	23,960,530	65,869	38,300	104,169	4.35
2070	23,982,463	68,888	39,752	108,639	4.53
2075	24,004,422	72,133	42,066	114,199	4.76
2080	24,026,407	73,872	44,146	118,018	4.91
2085	24,048,419	73,934	45,549	119,484	4.97
2090	24,070,457	72,293	45,221	117,514	4.88
2095	24,092,522	69,946	43,172	113,117	4.70
2100	24,114,613	68,629	40,995	109,624	4.55
2105	24,136,731	69,195	40,098	109,292	4.53
2110	24,158,875	70,814	40,906	111,719	4.62
2114	24,176,610	72,311	42,319	114,629	4.74

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

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

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

^{4/}Información estimada del cierre de 2014

Fuente: Dirección de Finanzas, IMSS.

y sean reemplazados por asegurados con derecho únicamente a los beneficios bajo la Ley vigente, el número de pensionados esperados se estabilizará.

Después del año 2045, se observan pequeñas variaciones en el índice de pensionados por cada 1,000 asegurados, las cuales se deben a un efecto cíclico en la dinámica demográfica de asegurados, por el reemplazo de generaciones de trabajadores de edades avanzadas por trabajadores más jóvenes en el largo plazo.

Al comparar el comportamiento de la tasa por cada 1,000 asegurados obtenida para la valuación de 2014 respecto a la de 2013, se registró un nivel menor de dicha tasa, esto se debe a que el incremento promedio anual de asegurados de los primeros 6 años (2.9% incremento promedio⁷⁸) se apega más al incremento de asegurados observado en los últimos 5 años que ha sido de 4% en promedio. Para el largo plazo, se utilizó una hipótesis más conservadora, cuya tendencia se apega al crecimiento estimado de la población económicamente activa⁷⁹, la cual crece en promedio en 0.4%.

Proyecciones financieras

La estimación de las proyecciones financieras se realiza considerando las hipótesis y criterios del escenario base, descritos en el Anexo C. En particular, para la estimación de los montos constitutivos y, por lo tanto, de las sumas aseguradas, al igual que para el Seguro de Riesgos de Trabajo, se utilizan las bases biométricas establecidas por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas (CNSF)⁸⁰.

⁷⁸ La hipótesis del incremento promedio de asegurados de los primeros 6 años utilizada en el modelo del año anterior fue de 2.2% en promedio.

⁷⁹ Proyección de la población económicamente activa de México y de las entidades federativas 2005-2050. Fuente Consejo Nacional de Población

⁸⁰ Las bases biométricas para el cálculo de los montos constitutivos emitidas en la Circular S-22 2 de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas son, i) las bases demográficas de mortalidad de activos de capital mínimo de garantía del 19 de noviembre de 2009, y ii) bases demográficas de mortalidad para invalidez de capital mínimo de garantía de abril de 2012.

Los resultados de las proyecciones financieras se muestran en el cuadro IV.5, y los elementos que se presentan son:

- i) Volumen anual de salarios de los asegurados afiliados al seguro (columna a). La determinación del volumen de salarios se realiza a partir de la proyección anual de los salarios de cotización de los asegurados. Asimismo, la estimación de salarios permite calcular el monto de las pensiones, el costo de las rentas vitalicias (montos constitutivos), el de las sumas aseguradas, así como de los saldos acumulados en las cuentas individuales.
- ii) Flujos de gasto anual por sumas aseguradas (columna b).
- iii) Flujos de gasto anual por pensiones temporales (columna c).
- iv) Flujos anuales de gasto administrativo (columna d), el cual incluye la proporción del flujo de gasto anual del Régimen de Jubilaciones y Pensiones a cargo del IMSS en su carácter de patrón que se asigna al Seguro de Invalidez y Vida.
- v) Prima de gasto anual del seguro (columna f). Esta prima resulta de dividir el flujo de gasto anual entre el volumen anual de salarios.
- vi) Valor presente a 50 y 100 años de proyección de las obligaciones antes descritas, así como la correspondiente prima nivelada, la que resulta de dividir el valor presente del gasto total entre el valor presente del volumen de salarios.

Cuadro IV.5.
Resumen de las proyecciones financieras de la valuación actuarial del Seguro
de Invalidez y Vida
(millones de pesos de 2014)

Año de proyección	Gasto					
	Volumen de salarios	Sumas aseguradas ^{1/}	Pensiones por invalidez con carácter temporal	Administrativo	Total	Prima de gasto anual (%)
	(a)	(b)	(c)	(d)	(e)=(b)+(c)+(d)	(f)=(e/a)*100
2014 ^{2/}	1,799,959	6,804	1,228	3,163	11,195	0.62
2015	1,844,253	6,515	1,152	5,736	13,403	0.73
2016	1,911,812	6,900	1,227	5,960	14,087	0.74
2020	2,196,865	11,848	1,487	6,742	20,077	0.91
2025	2,567,138	18,544	2,169	7,575	28,288	1.10
2030	2,801,726	26,650	2,836	8,079	37,565	1.34
2035	2,977,513	33,808	3,458	8,272	45,539	1.53
2040	3,110,088	41,396	4,124	8,163	53,682	1.73
2045	3,208,048	45,544	4,702	7,910	58,156	1.81
2050	3,308,132	46,140	4,984	7,564	58,688	1.77
2055	3,458,308	45,692	4,880	7,526	58,098	1.68
2060	3,661,418	46,893	4,674	7,586	59,152	1.62
2065	3,890,520	50,135	4,645	7,736	62,515	1.61
2070	4,138,872	55,458	4,951	7,986	68,395	1.65
2075	4,359,672	61,429	5,543	8,263	75,236	1.73
2080	4,561,696	66,562	6,146	8,579	81,287	1.78
2085	4,762,603	70,334	6,713	8,938	85,985	1.81
2090	4,974,845	72,385	7,078	9,333	88,797	1.78
2095	5,218,119	73,370	7,141	9,790	90,301	1.73
2100	5,509,195	75,274	7,079	10,336	92,688	1.68
2105	5,837,343	79,428	7,211	10,951	97,590	1.67
2110	6,179,098	85,614	7,652	11,593	104,859	1.70
2114	6,443,288	91,366	8,235	12,088	111,689	1.73
						Prima nivelada
50 años						
Valor presente	71,532,392	726,907	78,263	192,117	997,286	1.39
100 años						
Valor presente	104,638,160	1,218,791	124,572	254,785	1,598,148	1.53

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

^{2/}Información observada al cierre de 2014. Los gastos de administración se integraron con los siguientes rubros de gasto por servicios personales, materiales y suministros, servicios generales, Régimen de Jubilaciones y Pensiones, costos y pérdidas extraordinarias, y otros gastos.

El cálculo de la prima nivelada contempla el gasto por las prestaciones en dinero y los gastos administrativos asociados, y se excluyen, los gastos por subsidios por enfermedad general y ayudas de gastos de funeral; así como los gastos médicos que se derivan de la atención médica que se brinda a los asegurados, pensionados y sus beneficiarios a causa de un accidente o enfermedad no laboral. Los gastos que no forman parte de esta valuación, se consideran para determinar las primas para el Seguro de Enfermedades y Maternidad, correspondientes a la cobertura de asegurados y para la cobertura de gastos médicos de pensionados.

La estimación de las primas niveladas que se reportan para los periodos de 50 años y de 100 años no contempla el gasto por sumas aseguradas que financia el Gobierno Federal por el otorgamiento de pensiones garantizadas.

Para el periodo de 50 años la prima nivelada asciende a 1.39% de los salarios de cotización, mientras que para el periodo de 100 años es de 1.53% de los mismos. Estas primas comparadas respecto a las obtenidas a diciembre de 2013 tienen una disminución en ambos casos de 0.02 puntos porcentuales. Este cambio se debe a la modificación de las siguientes hipótesis en la valuación actuarial.

- La tasa de descuento para el cálculo del valor presente se modificó de 3.5% a 3%, la cual se utiliza para obtener el valor presente del volumen de salarios y de los gastos estimados. La disminución de la tasa de descuento trae como consecuencia un aumento en el pasivo y por consiguiente se requiere de más recursos para solventar el gasto, con lo cual la situación financiera del seguro es menos favorable. No obstante que se registró un incremento en la prima por el cambio de la tasa de descuento y que fue de 1.5% en el periodo de 50 años y de 2.9%

en el periodo de 100 años, durante el periodo de proyección también se registró una disminución en el gasto por sumas aseguradas respecto a las proyecciones estimadas en la valuación actuarial al cierre de 2013. La disminución se debe a la influencia que ha tenido la mejora en el mercado de rentas vitalicias y que ha originado montos constitutivos más estables.

- La tasa de crecimiento promedio anual de asegurados pasó de 0.32 a 0.36, este aumento genera un mayor pasivo debido a que hay más asegurados expuestos a una contingencia por invalidez o fallecimiento a causa de un riesgo no laboral, así como un incremento en el volumen de salarios.
- El supuesto para las nuevas pensiones por invalidez con carácter temporal y que pasan a definitivas bajo la Ley de 1997, provenientes de los asegurados en transición afiliados antes del 1° de julio de 1997 y con derecho a elegir entre las pensiones bajo la Ley de 1973 y la Ley de 1997, se modificó de 39% empleado en la valuación actuarial a diciembre de 2013, a 36% para la valuación actuarial a diciembre de 2014, con base en la tendencia observada en el ejercicio 2014. Esta modificación reduce el gasto esperado por pensiones respecto a lo estimado en la valuación actuarial de 2013. El motivo por el cual se modificó el supuesto se debe a que para los asegurados de la generación en transición, a mayor antigüedad en el sistema, el beneficio definido bajo la Ley de 1973 es mayor que el beneficio de la Ley de 1997.
- La temporalidad de las pensiones de invalidez con carácter temporal, para efectos de modelo, se modificó de 2 a 3 años, esto debido a que en promedio permanecen como temporales 2.5 años. Lo anterior, con el propósito de medir el gasto que tendría el IMSS generado por la transición de pasar de una pensión temporal a una definitiva, originado por el proceso de valoración para otorgar una pensión definitiva, así como del

tiempo que se requiere para que el IMSS oferte ante las compañías aseguradoras el otorgamiento de la renta vitalicia. Por este motivo, respecto a lo estimado en la valuación actuarial con corte a diciembre de 2013, se observa un mayor gasto durante el periodo de proyección y en valor presente el incremento del pasivo representa un aumento de 0.0003 de puntos de prima.

En la gráfica IV.9 se muestra la prima de gasto respecto a la prima media nivelada a 100 años para el seguro.

Las obligaciones por sumas aseguradas que se generan al momento que se dictamina una invalidez o cuando ocurre el fallecimiento de un trabajador, se determina al restar a los montos constitutivos el importe de las cuentas individuales de los trabajadores que administran las AFORE⁸¹. Por tal motivo, para el Instituto los saldos futuros de las cuentas individuales son de gran importancia. Se estima que en el periodo de valuación de 100 años los saldos que se acumulen en las AFORE, representarán 30.5% del total de los montos constitutivos (gráfica IV.10).

IV.3.2. Balance actuarial

Para verificar la situación financiera de este seguro, se presenta en el cuadro IV.6 el balance actuarial al 31 de diciembre de 2014, en el cual se determina si el activo, formado por las reservas más los futuros ingresos por cuotas, son suficientes para cubrir el pasivo que se deriva del pago de pensiones temporales en curso de pago y futuras, sumas aseguradas y gastos de administración.

Comparando los resultados del Balance Actuarial de este año respecto a los obtenidos al cierre de 2013, la situación financiera de este seguro, es más favorable para el IMSS, ya que el superávit actuarial en términos del valor presente del volumen de salarios pasó de 0.97% en 2013 a 0.99% en 2014. La mejora de la situación financiera se debe; al ahorro que se ha observado en los dos años previos en el comportamiento del gasto por sumas aseguradas, derivado de la eficiencia en el mercado de rentas vitalicias, lo cual permite que la tasa que se requiere para el cálculo de los montos constitutivos y que se empleó en esta valuación, sea la misma que se utilizó en la valuación actuarial al cierre de 2013 y que fue de 3.0%.

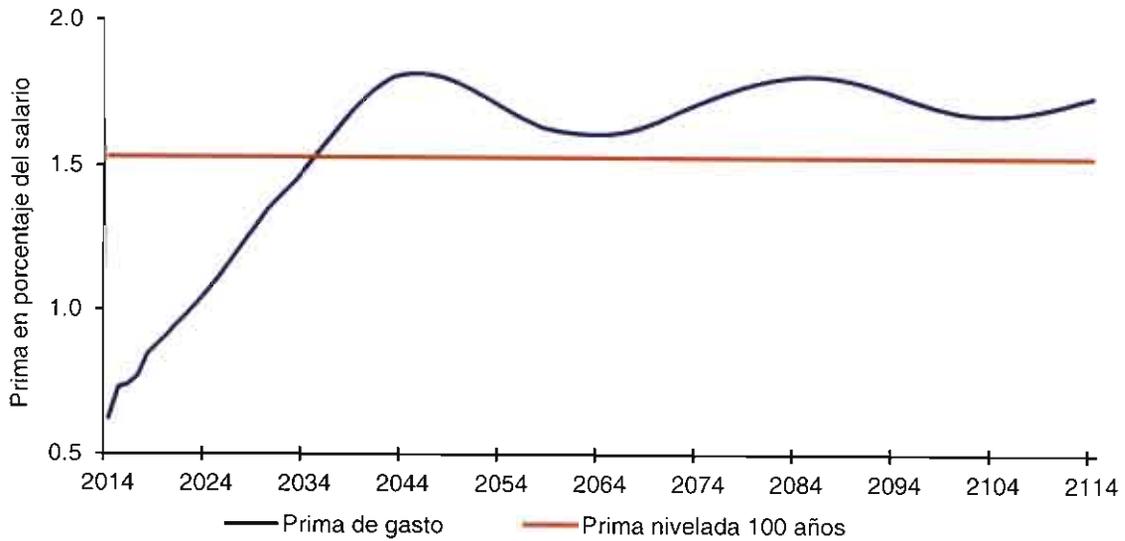
Al comparar la prima establecida en la Ley de 2.5% de los salarios de cotización con la prima nivelada de gasto total de 1.53% de los salarios, se confirma que la prima de ingreso es suficiente en el largo plazo. No obstante, este seguro no considera las prestaciones en dinero por gastos de funeral, subsidios, ni los gastos médicos derivados de enfermedades y accidentes no laborales que eventualmente generen el fallecimiento o la invalidez del trabajador.

IV.3.3. Escenarios de sensibilidad

Los resultados de la valuación actuarial son sensibles ante cualquier cambio que se dé en la situación económica del país, por tal motivo se calculan dos escenarios de sensibilidad denominados escenario de riesgo 1 (moderado) y escenario de riesgo 2 (catastrófico). Estos escenarios tienen como propósito medir el impacto financiero que tiene en los resultados,

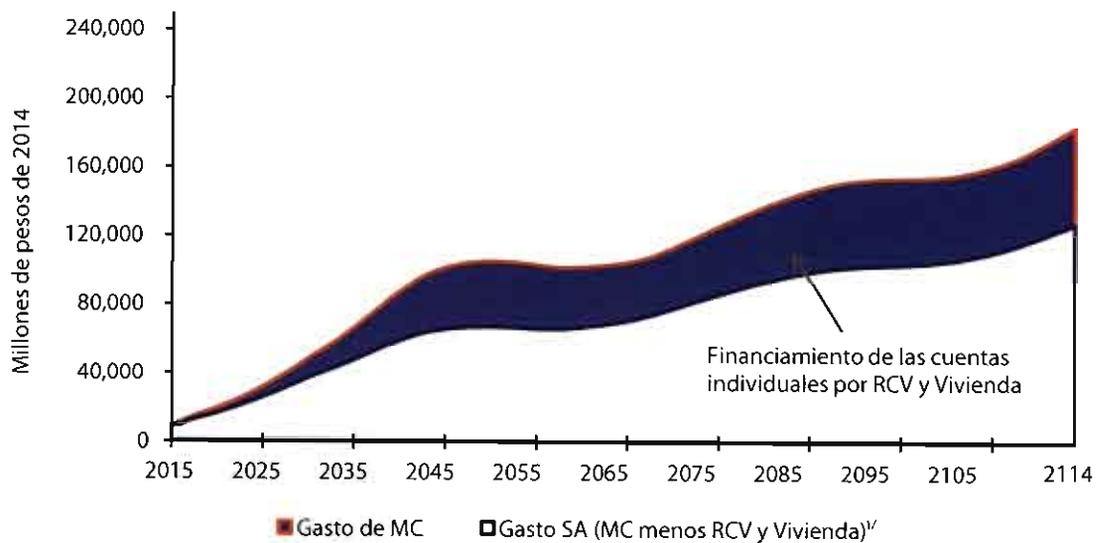
⁸¹ Los saldos de las cuentas individuales al 31 de diciembre de 2014 fueron proporcionados por la Comisión Nacional del Sistema de Ahorro para el Retiro (CONSAF).

Gráfica IV.9.
Prima de gasto y prima media nivelada del Seguro de Invalidez y Vida a 100 años
 (como porcentaje del salario base de cotización)



Fuente: Dirección de Finanzas, IMSS.

Gráfica IV.10.
Financiamiento de los montos constitutivos por los saldos acumulados en las cuentas individuales, Seguro de Invalidez y Vida
 (millones de pesos de 2014)



¹¹ Las sumas aseguradas no tienen descontado las aportaciones que realiza el Gobierno Federal por pensiones garantizadas.
 MC=Monto constitutivo, SA=Suma asegurada, RCV=Subcuenta de Retiro, Cesantía en Edad Avanzada y Vejez, Vivienda=Subcuenta de Vivienda.

Fuente: Dirección de Finanzas, IMSS.

Cuadro IV.6.
Balance actuarial a 100 años del Seguro de Invalidez y Vida, al 31
de diciembre de 2014^{1/}
(millones de pesos de 2014)

Activo			Pasivo	
		VPSF ^{2/} (%)		VPSF ^{2/} (%)
Saldo de la reserva al 31 de diciembre de 2014 ^{3/} (1)	15,589	0.01	Sumas aseguradas ^{4/} (6)	1,218,791 1.16
			Pensiones temporales ^{5/} (7)	124,572 0.12
			Subtotal (8)=(6)+(7)	1,343,363 1.28
Aportaciones futuras de ingresos por cuotas (2)	2,615,954	2.50		
			Gasto administrativo (9)	254,785 0.24
Subtotal (3)=(1)+(2)	2,631,543	2.51		
(Superávit) / Déficit (4)=(10)-(3)	-1,033,396	-0.99		
Total (5)=(4)+(3)	1,598,148	1.53	Total (10)=(8)+(9)	1,598,148 1.53

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

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

^{3/} Reserva financiera y actuarial del Seguro de Invalidez y Vida al 31 de diciembre de 2014.

^{4/} El gasto por sumas aseguradas corresponde al valor presente de los flujos anuales de gasto y tiene descontado el valor presente de las aportaciones que corresponden al Gobierno Federal por pensiones garantizadas

^{5/} El gasto por pensiones temporales corresponde al valor presente de los flujos anuales de gasto

la modificación en el escenario base de la tasa de interés para el cálculo de los montos constitutivos, la tasa de rendimiento de la subcuenta de Retiro, Cesantía y Vejez y el porcentaje de asegurados que aportan a la subcuenta de vivienda. El cuadro IV.7 muestra las hipótesis utilizadas para el escenario base y para los escenarios de riesgo, y se destacan las hipótesis que se modifican respecto al escenario base.

Los resultados de los escenarios de sensibilidad se muestran en el cuadro IV.8, presentándose los resultados correspondientes al valor presente del pasivo por pensiones y por el gasto administrativo, para los periodos de 50 años y 100 años, al igual que las primas niveladas correspondientes a dichos periodos.

De acuerdo con lo observado en el cuadro anterior se tiene lo siguiente:

- i) Escenario de riesgo 1. La prima nivelada total (incluyendo gastos administrativos) aumenta en el periodo de 50 años, pasando de 1.39% en el escenario base a 1.53% en este escenario, y para el periodo de 100 años pasa de 1.53% en el escenario base a 1.68% en este escenario (columna e). El aumento en la prima representa un 9.7% y 10.2% respectivamente para cada periodo.
- ii) Escenario de riesgo 2. La prima nivelada para el periodo de 50 años es de 1.69% y para el de 100 años es de 1.88% (columna e), las cuales al ser comparadas con las primas del escenario base se tiene un incremento de 21.3% a 50 años y de 23.3% a 100 años.

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

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

Hipótesis	Base (%)	Riesgo 1 (%)	Riesgo 2 (%)
Financieras			
Tasa anual de incremento real de los salarios	0.88	0.88	0.88
Tasa anual de incremento real de los salarios mínimos	0.46	0.46	0.46
Tasa de descuento	3.00	3.00	3.00
Tasa de incremento real anual de los salarios de los trabajadores IMSS y de pensionados IMSS	1.00	1.00	1.00
Tasa de rendimiento real anual de la Subcuenta de Retiro, Cesantía en Edad Avanzada y Vejez	3.50	3.50	3.00
Tasa de rendimiento real anual de la Subcuenta de Vivienda	3.00	3.00	--
Tasa de interés real anual para el cálculo de las anualidades	3.00	2.50	2.00
Porcentaje promedio de asegurados que aportan a la Subcuenta de Vivienda, es decir que no cuentan con un crédito hipotecario	50.00	50.00	--
Demográficas			
Incremento promedio anual de asegurados	0.36	0.36	0.36
Incremento promedio anual de trabajadores IMSS	0.16	0.16	0.16

Fuente: Dirección de Finanzas, IMSS.

Cuadro IV.8.
Resultados de los escenarios de sensibilidad de la valuación actuarial del Seguro de Invalidez y Vida
(millones de pesos de 2014)

Escenario	Valor presente de volumen de salarios ^{1/}	Valor presente del gasto			Prima nivelada ^{4/} (%)	
	(a)	Sumas aseguradas ^{2/} (b)	Pensiones temporales	Administrativo ^{3/} (c)		Total (d)=(b)+(c)
Resultados a 50 años						
Base	71,532,392	726,907	78,263	192,117	997,286	1.39
Riesgo 1	71,532,392	823,279	78,263	192,117	1,093,658	1.53
Riesgo 2	71,532,392	939,432	78,263	192,117	1,209,812	1.69
Resultados a 100 años^{5/}						
Base	104,638,160	1,218,791	124,572	254,785	1,598,148	1.53
Riesgo 1	104,638,160	1,381,210	124,572	254,785	1,760,567	1.68
Riesgo 2	104,638,160	1,591,708	124,572	254,785	1,971,065	1.88

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

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

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

^{4/} Es la prima constante en el periodo de proyección sin considerar la reserva del SIV a diciembre de 2014, que permite captar los recursos suficientes para hacer frente a los gastos por prestaciones en dinero

^{5/} Estos resultados consideran la proyección hasta la extinción de los asegurados del año 100 de proyección.

Fuente: Dirección de Finanzas, IMSS.

IV.4. Opciones de política

Hoy el IMSS se encuentra en un punto de inflexión en el que es necesario reforzar las acciones emprendidas durante la presente Administración para contribuir al cumplimiento de los dos objetivos estratégicos institucionales: i) mejorar la calidad y calidez de los servicios al otorgar las prestaciones a los asegurados y a los beneficiarios con derecho a ellas, de forma expedita y transparente, y ii) sanear financieramente al Instituto, evitando abusos en el otorgamiento de las prestaciones económicas que establece la Ley del Seguro Social. De esta forma se podrán consolidar los resultados que se empiezan a percibir, como la reducción en los días de trámite para la obtención de los beneficios del seguro y al mismo tiempo haber frenado el crecimiento sostenido en el gasto en subsidios por incapacidad que se había observado los últimos 6 años.

Para cumplir con los objetivos, se continuará con las medidas encaminadas a dar información, asesoría a la población asegurada con el objeto de evitar accidentes y enfermedades no relacionadas con el trabajo, con lo que se fortalecerá la cultura de la prevención y se incidirá en la disminución de los accidentes y enfermedades no relacionadas con el trabajo, impactando de forma positiva en los costos en que incurre el Instituto por el otorgamiento de estas prestaciones.

Para el caso de los asegurados que tengan que hacer uso de estas prestaciones, se incrementarán los esfuerzos para el uso de criterios objetivos que reconozcan la naturaleza y gravedad de los padecimientos, garantizando el otorgamiento de las prestaciones económicas de este seguro en forma expedita y eficiente a quien tiene derecho, cuidando que esto sea siempre en la proporción que por Ley corresponde. En esta materia también se han tenido grandes avances: hoy el trámite de una pensión se lleva

a cabo en casi la mitad del tiempo en que se llevaba al inicio de esta Administración, el siguiente paso es que además de un menor tiempo, no sea necesario que el trabajador que requiere de una pensión de este seguro acuda a las ventanillas del IMSS a tramitar su pensión.

Mediante el más ambicioso programa de modernización que se haya llevado a cabo en los procesos relacionados con las prestaciones económicas que otorga el IMSS, al final de este año se podrá realizar completamente vía Internet el trámite completo para el otorgamiento de una pensión de este seguro, lo que además de reducir aún más los tiempos de espera, desahogará las ventanillas de prestaciones económicas del Instituto para que puedan ser atendidos otro tipo de trámites que si requieran la revisión de documentos y aclaraciones en ventanilla.

En esta misma línea de simplificación y transparencia en el otorgamiento de las prestaciones de este seguro, tiene especial relevancia la adopción de más empresas del programa de pago directo y reembolso de subsidios. La meta para este año es que cada vez más empresas se convenzan de los beneficios de adoptar este convenio, que alinea los incentivos para todos los participantes en el pago de estas prestaciones: el IMSS evita que el subsidio se pague a una persona distinta a la que tiene el derecho; el asegurado obtiene su pago de forma más fácil y la empresa conoce oportunamente todos los detalles de un accidente o enfermedad no profesional.

Quizá el más sensible ejemplo de simplificación y transparencia en materia de trámites de pensiones, es el pase de supervivencia que dos veces al año tienen que realizar los más de 3.1 millones de pensionados del IMSS en las ventanillas de Prestaciones Económicas de todo el país. Con el trabajo conjunto de las Jefaturas de Prestaciones Económicas, de Tecnologías de la Información y de Finanzas que se detalló en el

Capítulo III, este año se estará en condiciones de que los pensionados del IMSS no tengan que realizar pase de supervivencia, con lo que además de la comodidad que ello implica para los derechohabientes, la mayor parte de adultos mayores, se desahogarán alrededor de 6.2 millones de visitas al año a las ventanillas de Prestaciones Económicas del IMSS.

Para seguir con los programas de racionalización en el otorgamiento de las prestaciones económicas, el IMSS reforzará este año el monitoreo en la prescripción de incapacidades y dictaminación de pensiones, con base en el trabajo del equipo multidisciplinario de las áreas de Prestaciones Médicas, Económicas, de Tecnologías de la Información y Finanzas, a través del seguimiento puntual del cumplimiento en las metas de uso del sistema de incapacidades electrónicas y de días de incapacidad que se pueden otorgar por unidad de medicina familiar y por médico, realizando el monitoreo del comportamiento del gasto, a través del uso de reportes con información detallada (unidad médica, médico, consultorio y diagnóstico) para identificar desviaciones y comportamientos atípicos en el otorgamiento de prestaciones con cargo al Seguro de Riesgos de Trabajo.

Adicionalmente, con el objetivo de mejorar la seguridad en el otorgamiento de las prestaciones de este seguro, se está trabajando en la implementación de nuevas medidas de seguridad: i) un código de seguridad adicional en los certificados de incapacidad temporal para el trabajo, que es validado por las instituciones bancarias; ii) la verificación de la procedencia del pago de subsidios y pensiones con importes altos, y iii) el establecimiento de alertas de seguridad en el sistema de pensiones, que permitan tener un mayor control sobre los pagos a los asegurados y la comprobación con la empresa de que el trabajador efectivamente se encuentra incapacitado.

Estas estrategias, la mayor parte de ellas exitosas, pero que necesitan seguirse trabajando y mejorando, permitirán al Instituto otorgar las prestaciones económicas cada vez en forma más eficiente y razonada, en beneficio de los trabajadores asegurados y sus familias.



Seguro de Enfermedades y Maternidad



Este capítulo analiza la situación del Seguro de Enfermedades y Maternidad (SEM) que, de acuerdo con la propia Ley, otorga prestaciones en especie y en dinero a trabajadores afiliados, pensionados y sus familiares en caso de enfermedad no profesional o maternidad⁸².

Todas las acciones que se presentarán en este capítulo están orientadas a incrementar la calidad y calidez de los servicios médicos y sanear financieramente al Instituto, contribuyendo a la continuidad en la ampliación de la cobertura de los servicios médicos en la presente Administración.

La sección V.1 analiza la situación financiera de este seguro al 31 de diciembre de 2014, a través del estado de actividades. La situación financiera que se presenta demuestra que, a pesar de que el seguro continúa operando con un déficit de operación con el registro parcial del costo neto del periodo de las obligaciones laborales del Instituto, se redujo de 48,046 millones de pesos en el 2013 a 44,332 millones de pesos. Esta reducción del déficit en el Seguro de Enfermedades y Maternidad se logró principalmente por un aumento en la recaudación.

La sección V.2 muestra las mejoras en productividad y eficiencia, y cómo se ha mantenido el acceso a los servicios de salud, mejorando la productividad sin un incremento significativo de los costos. El otorgamiento

⁸² Ley del Seguro Social, Artículo 84

de servicios en salud en esta Administración ha tenido un incremento comparado con el periodo 2009-2012; los egresos hospitalarios, el número de cirugías y los trasplantes, la prescripción razonada de estudios y recetas son mayores. Además, han incrementado los principales indicadores de acceso y satisfacción de los derechohabientes. Aunque parezca paradójico, es posible mejorar la calidad de la atención y contener el gasto con simplificación y reordenamiento de procesos.

La sección V.3 presenta las proyecciones de ingresos y gastos para el periodo 2015-2050, tanto en lo relativo a los asegurados, como al ramo de Gastos Médicos de Pensionados. Asimismo, se presentan las primas de equilibrio necesarias para cada ramo. Las proyecciones a 2050 presentadas en esta sección indican que la prima de contribución definida en la Ley del Seguro Social no es suficiente para hacer frente a los gastos esperados, aun considerando que las estimaciones del déficit para el 2015 se han reducido en comparación con lo presentado en el Informe anterior para el mismo año.

La sección V.4 presenta una evaluación de las necesidades en salud de la población afiliada a través de dos métodos: i) los Años de Vida Saludables Perdidos (AVISA), y ii) los principales motivos de demanda de atención médica. Las enfermedades crónico-degenerativas no transmisibles representan la mayor carga de enfermedad medida por Años de Vida Saludables Perdidos y los principales motivos de Consulta Externa, mientras que las infecciones respiratorias e intestinales, la atención al parto, y los accidentes, siguen representando los principales motivos de demanda de atención en los servicios de Urgencias y de Hospitalización. Como se mencionó en el Capítulo I, esta situación es el resultado típico de la transición epidemiológica de una economía emergente, donde persisten las enfermedades del desarrollo, a la vez que se presentan los problemas de una población envejecida. Por lo anterior, el Instituto enfrenta el doble reto de tratar una población

con enfermedades crónico-degenerativas y con enfermedades agudas (infecciosas y accidentes) que compiten por los recursos de atención en los servicios de salud. Así, el IMSS tiene dos grandes objetivos en el Seguro de Enfermedades y Maternidad: i) mejorar la gestión de la atención en todos los niveles, para poder satisfacer la creciente demanda de servicios, y ii) tener una estrategia frontal contra las enfermedades crónicas no transmisibles.

La sección V.5 analiza el primer objetivo, que consiste en la manera de mejorar la gestión de la atención médica para satisfacer la creciente demanda de los servicios de salud, a través de cuatro estrategias relacionadas: i) fortalecer la prevención; ii) mejorar la gestión y eficiencia de los procesos médicos; iii) reorganizar la atención médica para eliminar los principales cuellos de botella en el transitar de los derechohabientes por los servicios de salud, y iv) prevenir riesgos maternos y mejorar la atención obstétrica.

La sección V.6 se enfoca en el segundo gran objetivo del Seguro de Enfermedades y Maternidad, que es hacer frente a las enfermedades crónicas no transmisibles, que debido a su complejidad, implican un alto grado de dificultad técnica y elevado costo de atención, por lo que ejercen presión en las finanzas institucionales y agravan la precaria condición financiera de este seguro. En la misma sección se presentan estimaciones del gasto que ejerce el Instituto con motivo de la atención a seis padecimientos que concentran cerca de 32% del gasto total de este seguro: hipertensión arterial y enfermedades cardiovasculares asociadas, diabetes mellitus, cáncer cérvico-uterino, cáncer de mama, y VIH/SIDA.

Considerando lo anterior, en el último año el Instituto se ha enfocado en desarrollar y fortalecer cuatro programas: i) un programa para mejorar la atención oportuna y expedita de pacientes con infarto cardiaco, ii) fortalecimiento del programa para atender la diabetes, iii) un modelo integral que posibilita hacer

frente a los cánceres de mayor prevalencia, y iv) un programa enfocado a incrementar la donación y trasplantes de órganos, tejidos y células, que permite ofrecer mejores expectativas de sobrevivencia y de calidad de vida a pacientes diabéticos e hipertensos.

La sección V.7 presenta un plan integral dirigido a consolidar la excelencia médica en el Instituto a través de la capacitación en las mejores sedes nacionales y extranjeras, la formación de recursos humanos y la investigación, incrementa la vitalidad de la educación y eleva su calidad. El IMSS cuenta con una sólida estructura y gran tradición en los campos de educación e investigación, que favorecen la consolidación de este plan integral; en el último año ha suscrito varios convenios con la Secretaría de Educación Pública, el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología, y la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios, entre otros, que han promovido la investigación en el Instituto.

La sección V.8 presenta las contribuciones del IMSS a la construcción del Sistema Nacional de Salud Universal, tal como lo establece el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018. Los resultados de los Convenios de Intercambios han mostrado beneficios en términos

de mejora de la calidad y la oportunidad de la atención a los derechohabientes, al tiempo que se fortalecen las finanzas del Instituto.

V.1. Estado de actividades

El cuadro V.1 muestra las prestaciones que otorga el Seguro de Enfermedades y Maternidad. El IMSS, a diferencia de otras instituciones, no tiene restricciones en la cobertura de problemas de salud de su población derechohabiente.

El cuadro V.2 presenta el estado de actividades del Seguro de Enfermedades y Maternidad para 2014 bajo dos escenarios: i) con registro parcial, y ii) con registro total del costo neto del periodo del Régimen de Jubilaciones y Pensiones y otras obligaciones laborales.

En 2014, el resultado del ejercicio del Seguro de Enfermedades y Maternidad equivale a un déficit de operación de 44,332 millones de pesos, bajo el escenario de registro parcial del costo neto del periodo de las obligaciones laborales del Instituto, y de 662,608 millones de pesos en el escenario de registro total de las obligaciones.

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

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

Fuente: Ley del Seguro Social

Cuadro V.2.
Estado de actividades del Seguro de Enfermedades y Maternidad,
al 31 de diciembre de 2014
(millones de pesos corrientes)

Concepto	Costo neto del periodo del RJP	
	Con registro parcial	Con registro total
Ingresos y otros beneficios		
Ingresos de la gestión		
Cuotas y aportaciones de seguridad social	206,253	206,253
Ingresos por venta de bienes y servicios		
Ingresos por venta de bienes y servicios de organismos descentralizados	1,329	1,329
Otros ingresos y beneficios		
Ingresos financieros		
Intereses ganados de valores, créditos, bonos	3,339	3,339
Otros ingresos y beneficios varios	19,127	19,127
Total de ingresos	230,048	230,048
Gastos y otras pérdidas		
Gastos de funcionamiento		
Servicios de personal ^{1/}	134,050	129,412
Materiales y suministros	44,381	44,381
Servicios generales y subrogación de servicios	18,771	18,771
Otros gastos y pérdidas		
Subsidios	10,027	10,027
Estimaciones, depreciaciones y deterioro	6,435	6,435
Otros gastos	5,246	5,246
Pagos a pensionados y jubilados IMSS ^{1/}	49,155	53,792
Costo por beneficios a empleados (RJP) ^{2/}	6,315	624,592
Total de gastos	274,380	892,656
Resultado del ejercicio	-44,332	-662,608

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

^{2/} El costo neto del periodo determinado por el despacho externo Aon México Business Support, S. A. de C. V., por 678,384 millones de pesos en 2014, se integra por los rubros de pagos a pensionados y jubilados IMSS y el costo por beneficios a empleados del Régimen de Jubilaciones y Pensiones.

Fuente: Dirección de Finanzas, IMSS, a partir de los Estados Financieros dictaminados al 31 de diciembre de 2014 y 2013, y de la Valuación Actuarial del Régimen de Jubilaciones y Pensiones y Prima de Antigüedad de los Trabajadores del IMSS, bajo la Norma de Información Financiera D-3 "Beneficios a los Empleados", al 31 de diciembre de 2013 y Proyecciones para 2014.

V.2. Producción, productividad y acceso en los servicios médicos

El IMSS ha mantenido el acceso, la calidad y calidez de los servicios médicos al mismo tiempo que sanea sus finanzas. Los siguientes cuadros muestran el incremento en la prestación de servicios médicos y los impactos en el acceso y la satisfacción de los derechohabientes.

El cuadro V.3 muestra los principales indicadores de producción y productividad en acciones preventivas y servicios curativos otorgados, comparando los periodos de 2009-2012 con 2013-2014.

En las acciones preventivas, con el programa de PREVENIMSS se alcanzó a 28.7 millones de personas en promedio por año en el periodo del 2013-2014; en este periodo se realizaron 6 millones de chequeos anuales más que en el periodo anterior. La cobertura de vacunación en menores de 1 año se ha mantenido por arriba de 95% (nivel recomendado por la Organización Mundial de la Salud), lo que ha permitido mantener erradicadas o controladas las enfermedades prevenibles mediante esta estrategia. La detección de cáncer de la mujer (mastografía y papanicolaou vaginal) se incrementó entre el periodo 2009-2012 y el periodo 2013-2014, en casi 300 mil mujeres por año para cada padecimiento, logrando realizar 1.1 millones

Cuadro V.3.
Comparación de indicadores de producción, productividad y desempeño de los servicios médicos, 2009-2012 vs. 2013-2014
(cifras en miles y en millones)

Promedios	2009-2012	2013-2014
Prevención		
Chequeos anuales PREVENIMSS (millones)	22.7	28.7
Vacunación (cobertura en menores de un año)	95.2	96.2
Detección cáncer de mama con mastografía ^{1/} (millones)	0.8	1.1
Detección cáncer cérvico-uterino ^{2/} (millones)	2.8	3.1
Servicios Otorgados		
Consultas Unidades de Medicina Familiar en primer nivel de atención ^{3/} (millones)	86.2	87.9
Consultas Especialidades en segundo y tercer niveles de atención (millones)	19	20
Promedio de consultas de atención prenatal (promedio por embarazada)	7.6	8.6
Urgencias atendidas (millones)	17.9	21.2
Egresos hospitalarios (millones)	1.97	2.02
Intervenciones quirúrgicas (millones)	1.48	1.51
Trasplantes realizados ^{4/} (miles)	1.89	2.41
Recetas totales atendidas (millones)	150.7	175.0
Estudios laboratorio ^{5/} (millones)	177.1	181.2
Radiodiagnóstico ^{5/} (millones)	13.3	14.6
Auxiliares de diagnóstico ^{5/} (millones)	9.5	10.5

^{1/} En 2012 y 2013 detecciones de primera vez en mujeres derechohabientes de 50 a 69 años; 2014 en mujeres derechohabientes de 44 a 69 años de edad

^{2/} En 2012 y 2013 número de mujeres de 25 a 64 años de edad con citología cervical de primera vez; 2014 incluye detecciones de primera vez y subsecuentes

^{3/} Incluye consultas dentales.

^{4/} Incluye trasplante de riñón, córnea, corazón, hígado y células progenitoras hematopoyéticas.

^{5/} No incluye servicios subrogados.

Fuente: Coordinación de Atención Integral a la Salud en el Primer Nivel, IMSS, División de Información en Salud (DIS); Reportes de Gestión 61 y 62, IMSS, Sistema Ejecutivo de Información (SEI).

de detecciones de cáncer de mama con mastografías y 3.1 millones de detecciones de cáncer cérvico-uterino en promedio por año en esta Administración, de tal manera que permitió continuar con el descenso en la mortalidad por estas causas, como se muestra más adelante en la sección V.6.2.

Los servicios curativos otorgados también se han incrementado en esta Administración comparativamente con el periodo 2009-2012. La Consulta Externa aumentó significativamente en los tres niveles de atención; en el primer nivel se otorgaron 88 millones de consultas por año, casi 2 millones de consultas adicionales por año comparado con el periodo anterior. Los servicios de Consulta Externa de especialidad en hospitales de segundo y tercer niveles aumentaron en un millón por año. Los servicios de Urgencias aumentaron su productividad anual en más de 3 millones, para alcanzar más de 21 millones de consultas por año. Los servicios de Hospitalización y Cirugía también aumentaron; en 2013-2014 fueron hospitalizados 2 millones de derechohabientes y fueron intervenidos quirúrgicamente 1.5 millones de derechohabientes por año, que en el periodo anterior. El número de trasplantes por año se incrementó en cerca de 30% comparando los dos periodos.

Este incremento en el número de servicios prestados también es notorio en el número de recetas atendidas y en los servicios de diagnóstico realizados. Las recetas

atendidas por año fueron 175 millones, lo que significó un incremento de 16% comparado con el periodo anterior. El número de estudios de radiodiagnóstico se aproximó a los 15 millones y los otros auxiliares de diagnóstico fueron 10.5 millones, ambos 10% más que en el periodo anterior.

El cuadro V.4 muestra que el acceso y la satisfacción de los derechohabientes se han mejorado o mantenido.

Los tiempos de espera se han reducido de manera discreta; el porcentaje de pacientes con cita previa en consulta de Medicina Familiar que espera menos de 30 minutos pasó de 95.3% a 96.2% y el porcentaje de pacientes que esperan menos de 20 días para programación de cirugía pasó de 91% a 92.3%. El porcentaje de pacientes con estancia de más de 8 horas en Observación de Urgencias también se redujo, pasando de 33.5% a 32.7%, logrando cerrar la brecha hacia la meta institucional de 30%.

Las encuestas de satisfacción de usuarios muestran que la satisfacción de los pacientes se ha mantenido. En particular, hay un incremento de siete puntos porcentuales en la satisfacción de los servicios de Urgencias y la calificación del trato del médico se mantuvo en 93%. El único indicador de satisfacción en el que se observó un leve decremento es la satisfacción general con los servicios, que bajó un punto porcentual.

Cuadro V.4.
Comparación de indicadores de desempeño de los servicios médicos, 2009-2012 vs. 2013-2014
(porcentajes)

Indicadores de desempeño y de impacto en salud	2009-2012	2013-2014
Tiempo de espera menor a 30 minutos para una consulta de Medicina Familiar	95.3	96.2
Tiempo de espera menor a 20 días para programación de cirugía (segundo nivel)	91.0	92.3
Porcentaje de pacientes con estancia prolongada en el área de Observación de Urgencias (segundo nivel)	33.5	32.7
Satisfacción general con los servicios (porcentaje)	78	77
Satisfacción con los servicios de Urgencias (porcentaje)	72	79
Calificación del trato brindado por el médico (bueno/muy bueno)	93	93

Fuente: Coordinación de Atención Integral a la Salud en el Primer Nivel, IMSS; División de Información en Salud (DIS); Reportes de Gestión 61 y 62, IMSS; Sistema Ejecutivo de Información (SEI)

Los resultados anteriores muestran como el IMSS continúa otorgando con calidad y oportunidad los servicios que la población necesita a la par de mejoras en la eficiencia. El reto de los servicios de salud para los siguientes años continuará siendo evitar que la población enferme y que, cuando esto suceda, se restablezca su salud en el menor tiempo posible; en los casos de enfermos crónicos, que se mantenga controlado su padecimiento a fin de evitar complicaciones mayores, con lo que se podrá disminuir la carga de enfermedad y las atenciones curativas. La disminución de la incidencia de las enfermedades y el control de los pacientes crónicos en Medicina Familiar reducirán el número de consultas médicas asistenciales y de recetas requeridas, así como las hospitalizaciones derivadas de complicaciones de estas enfermedades crónicas.

V.3. Proyecciones financieras de largo plazo

En este apartado se presentan las proyecciones financieras de ingresos y gastos del Seguro de Enfermedades y Maternidad para el periodo 2015-2050. Estas proyecciones se obtienen a partir de los supuestos y las variables consideradas en la proyección de largo plazo de la situación financiera global del Instituto detallada en el Capítulo I.

La capacidad de financiamiento del Seguro de Enfermedades y Maternidad está determinada principalmente por el número de trabajadores y el incremento al salario base de cotización. Por lo

anterior, se presenta un análisis sobre las primas y contribuciones tripartitas necesarias para hacer frente a los gastos proyectados.

Las secciones V.3.1, V.3.2 y V.3.3 presentan los resultados de las proyecciones de ingresos y gastos del Seguro de Enfermedades y Maternidad, de los asegurados activos y de la cobertura de Gastos Médicos de Pensionados, así como las primas de equilibrio⁸³ correspondientes.

V.3.1. Seguro de Enfermedades y Maternidad

Con base en las cifras estimadas para el cierre de 2015, se espera que el Seguro de Enfermedades y Maternidad tenga ingresos por 226.4 miles de millones de pesos, lo cual equivale a 82% de los gastos previstos para el mismo año⁸⁴ (cuadro V.5). Se proyecta un déficit de 51,357 millones de pesos en el flujo de efectivo de este año, el cual es menor en 2,825 millones de pesos al presentado en el Informe anterior, que ascendía a 54,182 millones de pesos⁸⁵ para el mismo año.

El cuadro V.5 indica que la relación de ingresos contra los gastos del Seguro de Enfermedades y Maternidad pasará de 82% en 2015 (calculado de 226,440/277,798) hasta 65% en 2050 (calculado de 361,923/555,221). Asimismo, la prima de contribución actual del seguro es de 12.2% del salario base de cotización⁸⁶; pero disminuirá hasta llegar a 11.4% en 2050 (gráfica V.1). La disminución en la prima de contribución se debe al componente de las

⁸³ Las primas de equilibrio se refieren a las aportaciones tripartitas expresadas en porcentaje del salario base de cotización que permitirían equilibrar los ingresos y los gastos del seguro en el periodo de proyección analizado.

⁸⁴ Las cifras estimadas para el cierre del ejercicio constituyen el punto de partida de las proyecciones de corto y largo plazos.

⁸⁵ Esta cifra corresponde a 52,507 millones de pesos reexpresados en pesos de 2015 con una inflación estimada de 3.19%

⁸⁶ La prima de 12.2% del salario base de cotización es una prima inferida, ya que si bien en la cobertura de Gastos Médicos de Pensionados las cuotas que pagan los patrones, los trabajadores y el Gobierno Federal dependen de una prima indexada al salario base de cotización, no sucede así con la cobertura de Asegurados, cuyo esquema de aportaciones está integrado con varios componentes, de acuerdo con los Artículos 105 al 108 de la Ley del Seguro Social.

Cuadro V.5.
Presupuesto 2015, cierre estimado 2015 y proyección 2015-2050 de ingresos, gastos y resultado del Seguro de
Enfermedades y Maternidad
(millones de pesos de 2015)

Concepto	2015		2016	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050
	Presupuesto	Cierre estimado								
Ingresos										
Cuotas obrero-patronales	148,476	148,415	153,226	171,758	196,675	210,728	223,807	235,061	244,940	255,635
Aportación del Gobierno Federal	69,888	69,888	72,131	81,137	90,125	93,236	95,155	96,037	96,164	96,252
Otros ^{1/}	7,106	8,137	6,514	5,006	5,391	5,693	6,171	7,112	8,353	10,036
Ingresos totales	225,470	226,440	231,870	257,901	292,191	309,657	325,133	338,210	349,458	361,923
Gastos										
Corriente ^{2/}	211,583	207,942	215,183	239,802	271,349	302,546	337,571	377,431	423,101	475,916
Prestaciones económicas ^{3/}	66,188	64,409	68,007	83,144	90,149	99,690	102,170	96,084	87,462	74,965
Inversión física	5,944	5,446	4,330	4,330	4,330	4,330	4,330	4,330	4,330	4,330
Gastos totales	283,716	277,798	287,520	327,275	365,828	406,566	444,071	477,845	514,892	555,211
Resultado financiero	-58,245	-51,357	-55,649	-69,374	-73,637	-96,909	-118,938	-139,635	-165,434	-193,288
Primas (% del salario base de cotización)^{4/}										
De contribución (PC)	12.2	12.2	12.2	12.2	12.1	12.0	11.8	11.7	11.5	11.4
De reparto (PR)	16.1	15.7	15.8	16.0	15.6	16.2	16.7	17.1	17.7	18.3
Media nivelada (PMN)	16.4	16.5	16.5	16.5	16.5	16.5	16.5	16.5	16.5	16.5
Diferencia (PMN-PC)	4.3	4.3	4.3	4.3	4.4	4.5	4.6	4.8	4.9	5.0

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

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

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

^{4/} PC = Prima de contribución, es la aportación que hacen para el financiamiento del Seguro de Enfermedades y Maternidad en cada una de sus dos coberturas los patrones, los trabajadores y el Gobierno Federal, expresada como porcentaje del salario base de cotización; PR = Prima de reparto, es la prima que equilibraría los ingresos y los gastos del seguro en cada año del periodo de proyección considerado. PMN = Prima media nivelada, es la prima que permitiría asegurar el equilibrio financiero del seguro durante todo el periodo de proyección evaluado. El equilibrio financiero del Seguro de Enfermedades y Maternidad, como el de los otros seguros que administra el IMSS, se define como la igualdad entre el valor presente de los ingresos futuros totales más las reservas constituidas, y el valor presente de los gastos futuros totales.

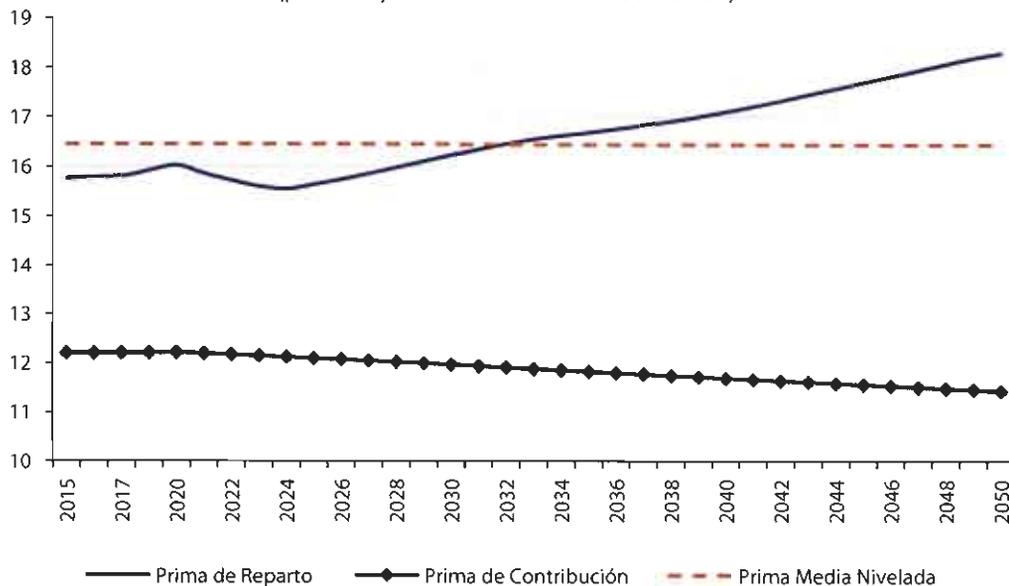
Fuente: Dirección de Finanzas, IMSS

cuotas por prestaciones en especie de los asegurados activos, lo cual se explica con mayor detalle en la siguiente sección, V.3.2 Seguro de Enfermedades y Maternidad-Asegurados.

Para que el Seguro de Enfermedades y Maternidad tenga equilibrio financiero durante el periodo de proyección 2015-2050, la prima de reparto deberá estar entre 15.6% y 18.3% del salario base de

cotización, lo cual equivale a una prima media nivelada de 16.5% del salario base de cotización, en el mismo periodo. Esta prima nivelada es menor en seis décimas de punto porcentual respecto a la calculada en el Informe anterior, y se explica por la tendencia de los componentes que determinan los ingresos de este seguro, así como, un uso más eficiente de recursos que se traducen en un crecimiento moderado del gasto.

Gráfica V.1.
Prima de reparto, de contribución y media nivelada del
Seguro de Enfermedades y Maternidad, 2015-2050
 (porcentaje del salario base de cotización)



Fuente: Dirección de Finanzas, IMSS.

V.3.2. Seguro de Enfermedades y Maternidad-Asegurados

Esta sección analiza el Seguro de Enfermedades y Maternidad en su cobertura de Asegurados, sin considerar a los pensionados. Se espera que para el cierre de 2015 este ramo tenga un déficit financiero

de casi 24 mil millones de pesos, como muestra el cuadro V.6.

La prima de contribución, determinada por los ingresos por cuotas obrero-patronales y aportaciones del Gobierno Federal estimados para el cierre del año en esta cobertura, equivale a 10.7% del salario base de cotización⁸⁷. Esta prima irá disminuyendo

⁸⁷ El Seguro de Enfermedades y Maternidad-Asegurados tiene establecido en la Ley del Seguro Social un esquema de financiamiento para las prestaciones en especie y en dinero integrado por varios componentes, que son los siguientes: i) una cuota fija patronal de 20.4% de un salario mínimo general vigente en el Distrito Federal, ii) una cuota obrero-patronal de 1.5% aplicable a la diferencia del salario base de cotización menos tres salarios mínimos generales vigentes en el Distrito Federal, y iii) una cuota fija a cargo del Gobierno Federal de 13.9% de un salario mínimo general vigente en el Distrito Federal en julio de 1997, la cual, desde esa fecha, se ha ido indexando trimestralmente con la inflación.

Por su parte, los componentes del esquema de financiamiento de las prestaciones en dinero son: una prima de 1% del salario base de cotización, de la cual los patrones cubren 0.7%, los trabajadores 0.25% y el Gobierno Federal 0.05%

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

Cuadro V.6.
Presupuesto 2015, cierre estimado 2015 y proyección 2016-2050 de ingresos, gastos y resultado del Seguro de
Enfermedades y Maternidad, cobertura de Asegurados
(millones de pesos de 2015)

Concepto	2015		2016	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050
	Presupuesto	Cierre estimado								
Ingresos										
Cuotas obrero-patronales	120,720	120,671	124,582	139,650	159,909	171,336	181,970	191,120	199,152	207,848
Aportación del Gobierno Federal	67,879	67,879	70,058	78,805	87,535	90,557	92,421	93,277	93,401	93,486
Otros ^{1/}	6,063	7,110	5,435	3,894	4,200	4,433	4,804	5,539	6,509	7,824
Ingresos totales	194,663	195,660	200,075	222,350	251,644	266,325	279,194	289,936	299,062	309,158
Gastos										
Corriente ^{2/}	165,412	161,129	166,425	183,022	203,142	219,881	236,669	256,620	278,057	304,283
Prestaciones económicas ^{3/}	53,904	52,603	55,710	68,824	72,947	78,843	76,723	65,617	50,883	31,679
Inversión física	5,944	5,446	4,330	4,330	4,330	4,330	4,330	4,330	4,330	4,330
Gastos totales	225,260	219,179	226,465	256,176	280,419	303,054	317,722	326,566	333,270	340,292
Resultado financiero	-30,597	-23,519	-26,390	-33,826	-28,775	-36,729	-38,527	-36,631	-34,208	-31,134
Primas (% del salario base de cotización)^{4/}										
De contribución (PC)	10.7	10.7	10.7	10.7	10.6	10.5	10.3	10.2	10.0	9.9
De reparto (PR)	12.8	12.4	12.4	12.5	12.0	12.1	11.9	11.7	11.4	11.2
Media nivelada (PMN)	12.0	12.0	12.0	12.0	12.0	12.0	12.0	12.0	12.0	12.0
Diferencia (PMN-PC)	1.3	1.3	1.3	1.3	1.4	1.5	1.7	1.8	1.9	2.1

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

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

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

^{4/} PC = Prima de contribución, es la aportación que hacen para el financiamiento de la cobertura de Asegurados del Seguro de Enfermedades y Maternidad los patrones, los trabajadores y el Gobierno Federal, expresada como porcentaje del salario base de cotización; PR = Prima de reparto, es la prima que equilibraría los ingresos y los gastos de esta cobertura en cada año del periodo de proyección considerado, PMN = Prima media nivelada, es la prima que permitiría asegurar el equilibrio financiero de la cobertura durante todo el periodo de proyección evaluado

Fuente: Dirección de Finanzas, IMSS

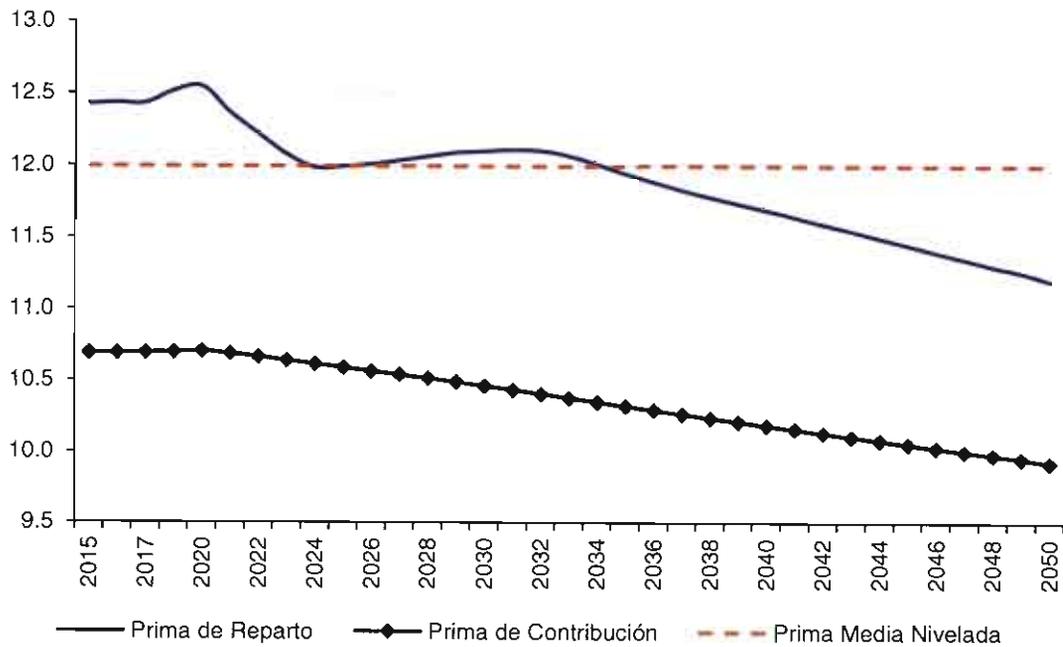
paulatinamente hasta llegar a 9.9% del salario base de cotización en 2050. Lo anterior se debe a la estructura del esquema de financiamiento de este ramo de aseguramiento y a las hipótesis utilizadas para proyectar los ingresos del Capítulo I.

La prima media nivelada requerida para el periodo de proyección es de 12% del salario base de cotización y la prima de reparto asciende a 12.4% en 2015. En ese año, hay una brecha de 1.3 puntos para la prima media nivelada y de 1.7 puntos para prima de reparto,

en comparación con la prima de contribución actual de 10.7% del salario base de cotización (gráfica V.2).

La prima media nivelada de 12% del salario obtenida este año, es menor en dos décimas de punto porcentual respecto a la calculada en el Informe anterior, y se explica porque las proyecciones financieras de largo plazo actuales contemplan una mayor expectativa de recaudación por cuotas obrero-patronales y aportaciones del Gobierno Federal.

Gráfica V.2.
Prima de reparto, de contribución y media nivelada de la cobertura de Asegurados del Seguro de Enfermedades y Maternidad, 2015-2050
 (porcentaje del salario base de cotización)



Fuente: Dirección de Finanzas, IMSS.

V.3.3. Gastos Médicos de Pensionados

La cobertura de Gastos Médicos de Pensionados del Seguro de Enfermedades y Maternidad tiene una estrecha relación con la transición demográfica y epidemiológica, ya que una población derechohabiente con mayor edad requiere de servicios de salud más caros y complejos, y con mayor frecuencia. Al mismo tiempo, la relación de trabajadores activos, que financia este ramo, respecto de los pensionados, disminuye gradualmente.

Para el cierre de 2015 en la cobertura de Gastos Médicos de Pensionados se estima un déficit de 27,839 millones de pesos, que equivale a 94% de los ingresos por cuotas obrero-patronales y aportaciones del Gobierno Federal. Para 2050 se estima que este déficit puede ser más de tres veces los ingresos (cuadro V.7).

Las proyecciones indican que en este ramo del Seguro de Enfermedades y Maternidad, la prima de contribución de 1.5% del salario base de cotización definida en la Ley del Seguro Social no es suficiente para hacer frente a los gastos. La prima media nivelada de equilibrio para el periodo 2015-2050 es de 4.5% del salario base de cotización; o bien, la prima de reparto debería incrementarse gradualmente hasta alcanzar 7.1% del salario base de cotización en 2050 (gráfica V.3).

La prima media nivelada estimada en este Informe es menor en tres décimas de punto porcentual respecto a la calculada en el Informe anterior. Este resultado es consecuencia de una tendencia más favorable en los ingresos del ramo y un uso eficiente de los recursos financieros que se traducen en menores gastos en el corto y mediano plazos (2015-2039).

Cuadro V.7.
Presupuesto 2015, cierre estimado 2015 y proyección 2016-2050 de ingresos, gastos y resultado de la cobertura de Gastos Médicos de Pensionados
(millones de pesos de 2015)

Concepto	2015		2016	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050
	Presupuesto	Cierre estimado								
Ingresos										
Cuotas obrero-patronales	27,756	27,744	28,643	32,108	36,766	39,393	41,838	43,941	45,788	47,787
Aportación del Gobierno Federal	2,009	2,009	2,073	2,332	2,590	2,680	2,735	2,760	2,764	2,766
Otros ^{1/}	1,043	1,028	1,079	1,112	1,191	1,260	1,367	1,573	1,844	2,211
Ingresos totales	30,807	30,780	31,796	35,552	40,547	43,332	45,939	48,274	50,396	52,765
Gastos										
Corriente ^{2/}	46,171	46,813	48,758	56,780	68,208	82,665	100,903	120,811	145,043	171,633
Prestaciones económicas ^{3/}	12,284	11,806	12,297	14,320	17,202	20,848	25,447	30,468	36,579	43,285
Inversión física	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Gastos totales	58,455	58,619	61,055	71,099	85,409	103,512	126,350	151,279	181,623	214,919
Resultado financiero	-27,648	-27,839	-29,259	-35,548	-44,862	-60,180	-80,410	-103,004	-131,227	-162,154
Primas (% del salario base de cotización)^{4/}										
De contribución (PC)	1.5	1.5	1.5	1.5	1.5	1.5	1.5	1.5	1.5	1.5
De reparto (PR)	3.3	3.3	3.4	3.5	3.7	4.1	4.7	5.4	6.2	7.1
Media nivelada (PMN)	4.4	4.5	4.5	4.5	4.5	4.5	4.5	4.5	4.5	4.5
Diferencia (PMN-PC)	2.9	3.0	3.0	3.0	3.0	3.0	3.0	3.0	3.0	3.0

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

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

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

^{4/} PC = Prima de contribución, es la aportación que hacen para el financiamiento de la cobertura de Asegurados del Seguro de Enfermedades y Maternidad los patrones, los trabajadores y el Gobierno Federal, expresada como porcentaje del salario base de cotización; PR = Prima de reparto, es la prima que equilibraría los ingresos y los gastos de esta cobertura en cada año del periodo de proyección considerado; PMN = Prima media nivelada, es la prima que permitiría asegurar el equilibrio financiero de la cobertura durante todo el periodo de proyección evaluado

Fuente: Dirección de Finanzas, IMSS.

Gráfica V.3.
Prima de reparto, de contribución y media nivelada de la cobertura de Gastos Médicos de Pensionados del Seguro de Enfermedades y Maternidad, 2015-2050
 (porcentaje del salario base de cotización)



Fuente. Dirección de Finanzas, IMSS

V.3.4. Resumen

Se estima que el déficit del Seguro de Enfermedades y Maternidad, medido en términos de flujo anual, aumentará en términos reales a una velocidad promedio de 4.2% por año hasta alcanzar 193,287 millones de pesos en 2050 (cuadro V.8). En valor presente, este déficit asciende a 1.9 billones de pesos para el periodo de proyección 2015-2050.

V.4. Necesidades de salud de la población derechohabiente

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

Cuadro V.8.
Cierre 2015 y proyección 2016-2050 del déficit financiero del Seguro de Enfermedades y Maternidad y de sus coberturas^{1/}
 (millones de pesos de 2015)

Año	Asegurados	Gastos Médicos de Pensionados	Total
2015	19,386	26,923	46,309
2016	22,962	28,305	51,267
2018	28,561	31,196	59,757
2019	30,367	32,798	63,164
2020	31,528	34,437	65,965
2025	27,341	43,528	70,868
2030	36,556	58,563	95,118
2035	39,315	78,436	117,751
2040	38,294	100,640	138,935
2045	36,899	128,389	165,288
2050	34,492	158,796	193,287
Valor presente^{2/}			
10 años	220,750	276,371	497,121
20 años	423,968	610,888	1,034,856
30 años	584,339	1,019,730	1,604,069
36 años	652,237	1,291,146	1,943,383

^{1/} El resultado financiero global del Seguro de Enfermedades y Maternidad considera el flujo de gasto que comprende a las operaciones recuperables para el período proyectado

^{2/} Calculado con una tasa de descuento de 3.5% real
 Fuente. Dirección de Finanzas, IMSS

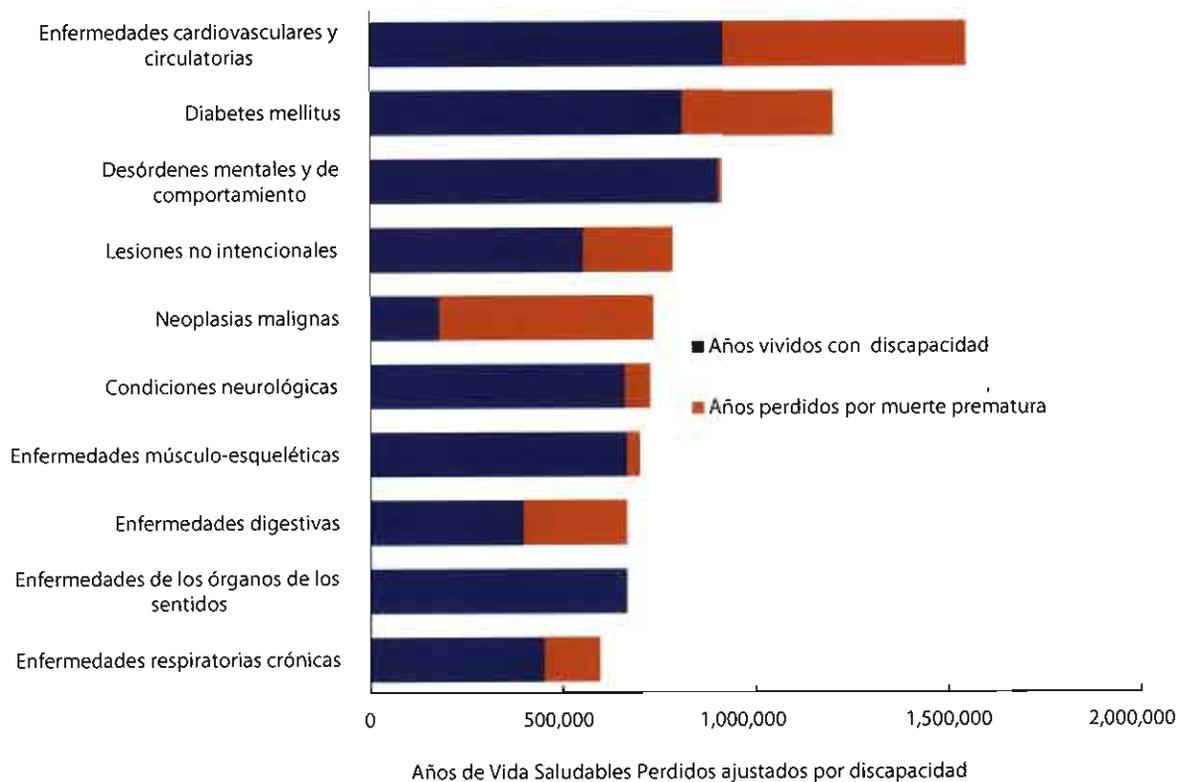
La población derechohabiente del IMSS perdió 11 millones de años de vida saludable en el 2010 (último año disponible en el acervo de información hasta el momento). El grupo de enfermedades crónicas no transmisibles fue responsable de 81% de estos AVISA; las enfermedades transmisibles, condiciones maternas, perinatales y nutricionales fueron responsables de 10% y el grupo de lesiones, de 9%. La gráfica V.4 muestra que las enfermedades cardiovasculares, la diabetes mellitus, los desórdenes mentales y del comportamiento, las lesiones no intencionales, las neoplasias malignas y las condiciones neurológicas son las condiciones responsables de la mayor carga de enfermedad por la discapacidad que producen y la muerte prematura.

Las necesidades de salud de la población derechohabiente se expresan también como demanda

de atención médica en Consulta Externa, en uso de servicios de Urgencias y en uso de servicios de Hospitalización. Los cuadros V.9 al V.11, muestran que en 2014 el IMSS otorgó 128.6 millones de consultas; de éstas, 107.6 millones corresponden a Consulta Externa, incluyendo consultas de Medicina Familiar y de Especialidades, mientras que las 21 millones restantes corresponden a la atención de Urgencias.

Los cuadros V.9 y V.10 muestran los principales motivos de Consulta Externa y de Urgencias. En el primero podemos observar que los dos principales motivos de Consulta Externa son por enfermedades crónicas; las enfermedades del corazón y la diabetes en su conjunto ocupan 29% de la demanda. Los siguientes tres motivos de Consulta Externa representan enfermedades agudas, como las infecciones respiratorias, la atención obstétrica y los traumatismos.

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



Fuente Dirección de Prestaciones Médicas, IMSS

Cuadro V.9.
10 Principales motivos de Consulta Externa (Medicina Familiar, Especialidades y Dental) en el IMSS, 2014
(cifras en millones y porcentaje)

Motivo	Total	%
1 Enfermedades del corazón	17.4	16
2 Diabetes mellitus	14.0	13
3 Infecciones respiratorias agudas	7.0	7
4 Embarazo, parto y puerperio	6.9	6
5 Traumatismos y envenenamientos	5.2	5
6 Control y supervisión de personas sanas	3.6	3
7 Artropatías	3.2	3
8 Trastornos mentales y del comportamiento	2.8	3
9 Dorsopatías	2.3	2
10 Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	1.9	2
Suma	64.4	60
Total	107.6	100

Fuente: Dirección de Prestaciones Médicas, IMSS

Cuadro V.10.
10 Principales motivos de consultas de Urgencias en el IMSS, 2014
(cifras en millones y porcentaje)

Motivo	Total	%
1 Infecciones respiratorias agudas	4.1	19
2 Traumatismos y envenenamientos	3.2	15
3 Enfermedades infecciosas intestinales	1.7	8
4 Embarazo, parto y puerperio	0.8	4
5 Enfermedades del corazón	0.8	4
6 Infección de las vías urinarias	0.6	3
7 Dorsopatías	0.6	3
8 Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	0.5	2
9 Diabetes mellitus	0.4	2
10 Bronquitis, enfisema y asma	0.4	2
Suma	13.0	62
Total	21.1	100

Fuente: Dirección de Prestaciones Médicas, IMSS.

En los motivos de urgencias, las enfermedades agudas, como son las infecciones respiratorias agudas, los traumatismos y envenenamientos, y las enfermedades infecciosas intestinales ocupan los principales motivos de consulta.

El cuadro V.11 muestra las principales causas de egresos hospitalarios. Puede observarse que la atención obstétrica, sin ser una enfermedad propiamente, es el principal motivo con 22% de los egresos y 10% de los días paciente, seguida de los traumatismos y envenenamientos, con 7% de los egresos y 9% de los días paciente. Dos de las principales enfermedades crónicas, las enfermedades del corazón, incluida la hipertensión arterial, y los cánceres, representan el tercer y cuarto motivos de egresos, con 9% de egresos y 11% de los días paciente⁸⁸, en su conjunto.

Esta mezcla de padecimientos, incluyendo crónicos y agudos, tiene implicaciones importantes en la atención médica. Las enfermedades agudas, incluso las infecciosas y accidentes, requieren de consulta de manera inmediata, buscan la atención sin cita previa y compiten por los servicios de salud con la atención de enfermos crónicos, que generalmente ocupan la mayor parte de las agendas con cita previa.

En conclusión, al ser México un país emergente enfrenta un doble reto: el primero, las enfermedades crónico-degenerativas no transmisibles, de cada vez mayor complejidad, representan la mayor carga de enfermedad medida por Años de Vida Saludables Perdidos y los principales motivos de Consulta Externa; el segundo, las infecciones respiratorias e intestinales, la atención al parto, y los accidentes, que siguen representando un alto porcentaje de los motivos de

⁸⁸ Días paciente - Período de servicios prestados a un paciente interno, entre las horas en que se toma el censo diario, es decir, de 12:01 a.m. a 12:01 a.m. del día siguiente. El día-paciente se cuenta también para el individuo que ingresa y egresa el mismo día, siempre que ocupe una cama censable y se prepare una Historia Clínica. Fuente: NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-035-SSA3-2012. EN MATERIA DE INFORMACIÓN EN SALUD. Publicada en el DOF 30/11/2012

Cuadro V.11.
10 Principales motivos de egresos hospitalarios en camas censables en el IMSS, 2014
(cifras en millones y porcentaje)

Motivo	Egresos	%	Total	%
1 Embarazo, parto y puerperio	444	22	1,042	10
2 Traumatismos y envenenamientos	148	7	858	9
3 Enfermedades del corazón (incluye hipertensión arterial)	104	5	641	6
4 Tumores malignos	87	4	552	5
5 Colelitiasis y colecistitis	86	4	308	3
6 Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	75	4	512	5
7 Insuficiencia renal	74	4	399	4
8 Diabetes mellitus	67	4	399	4
9 Enfermedades del apéndice	52	4	175	2
10 Neumonía e influenza	39	2	263	3
Suma	1,175	58	5,149	51
Total	2,017	100	10,083	100

Fuente: Dirección de Prestaciones Médicas, IMSS.

atención en Consulta Externa, y los principales motivos de demanda de atención en los servicios de Urgencias y de Hospitalización.

A fin de atender estas necesidades de salud, el IMSS cuenta con 1,503 Unidades de Medicina Familiar, 246 Unidades Médicas de segundo nivel y 36 Unidades Médicas de tercer nivel (25 Unidades Médicas de Alta Especialidad y 11 Unidades complementarias, como son Bancos de Sangre, Unidades de Rehabilitación y Hospital de Infectología).

V.5. Gestión de la atención médica

Como se reportó en el Informe previo, uno de los principales retos en la atención médica en el IMSS es el acceso efectivo a los servicios de salud. El acceso se refiere a la oportunidad que los derechohabientes tienen de hacer uso de los servicios de salud en el momento que lo requieran.

En estos dos años de Administración, se ha puesto en marcha un programa de mejora en la gestión y eficiencia de los procesos médicos a lo largo del flujo de los derechohabientes en los servicios de salud,

desde su identificación en los servicios preventivos, o su entrada a los servicios de Consulta o Urgencias, hasta el egreso de los servicios de Especialidad.

V.5.1. Prevención

Vacunación

El país cuenta con un exitoso programa de vacunación, moderno y de amplia cobertura. Para contribuir a la vacunación universal, el IMSS aplicó 35.9 millones de dosis de vacunas en 2014 (cuadro V.12). Desde 2007, año en que se introdujeron la vacunas pentavalente acelular (difteria, tétanos, pertusis acelular, antipoliomielítica inactivada y *Haemophilus influenzae b*) antineumoco y antirotavirus, las coberturas de vacunación de la población se han mantenido entre 95 y 97%. Estas coberturas se suman a las alcanzadas desde hace diez años de las vacunas contra la tuberculosis y la vacuna SRP (sarampión, rubeola y parotiditis) por arriba de las recomendaciones de los organismos internacionales. La acción conjunta del Sector Salud ha sido primordial en la erradicación de la poliomielitis, la eliminación del sarampión y la difteria, así como en el control de tétanos, rubéola congénita y enfermedades invasivas por *Haemophilus influenzae b*.

Cuadro V.12.

Población y dosis por tipo de vacunas aplicadas en 2014

Biológico	Población	Dosis
Antipoliomielítica	2,880,271	5,760,542
Pentavalente	1,282,291	1,669,766
D.P.T. (difteria, tosferina y tétanos)	300,219	300,219
B.C.G. (tuberculosis meningea)	699,980	699,980
Antirrábica humana	13,738	68,689
Antihepatitis b	718,116	2,154,349
Antineumocócica	607,084	1,282,930
Triple viral	1,104,540	1,104,540
Toxoide tetánico diftérico	7,137,769	7,137,769
Doble viral	265,770	265,770
Otras	3,976,111	3,976,111
Anti-influenza	11,526,532	11,526,532
Total	30,512,421	35,947,197

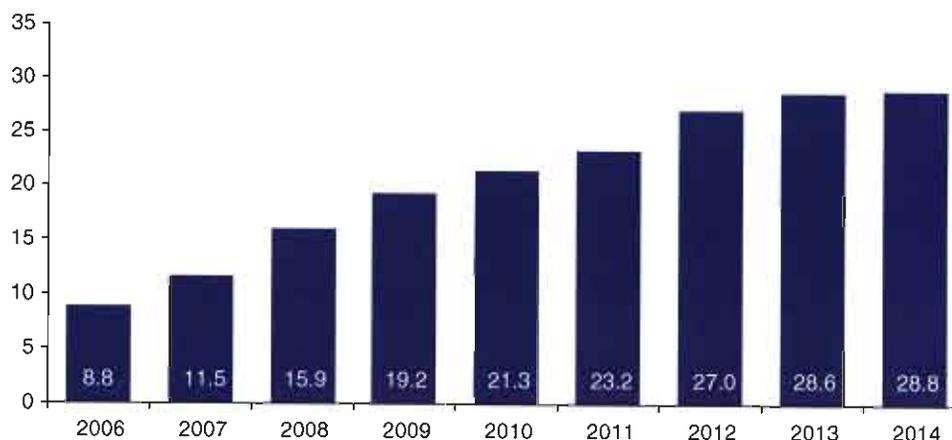
Fuente: IMSS

Revisión anual PREVENIMSS

Las acciones de promoción de la salud, prevención y detección de enfermedades se integran en la revisión anual PREVENIMSS. La gráfica V.5 muestra el incremento constante en la cobertura de la revisión preventiva anual. En 2014, se realizaron 28.8 millones de chequeos en los 3,651 módulos de atención preventiva, o bien a través de las estrategias de extensión en las empresas y escuelas. Aunque el número de chequeos se incrementó en más de 7 millones en los últimos cinco años, el principal reto es lograr que las personas de mayor riesgo acudan a realizarse este chequeo anual y lograr una cobertura y tamizaje más efectivo de los derechohabientes cuyos antecedentes familiares y estilos de vida los hacen más susceptibles de desarrollar enfermedades crónicas.

Gráfica V.5.

Número de derechohabientes que recibieron revisión anual PREVENIMSS, 2006-2014
(millones de personas)



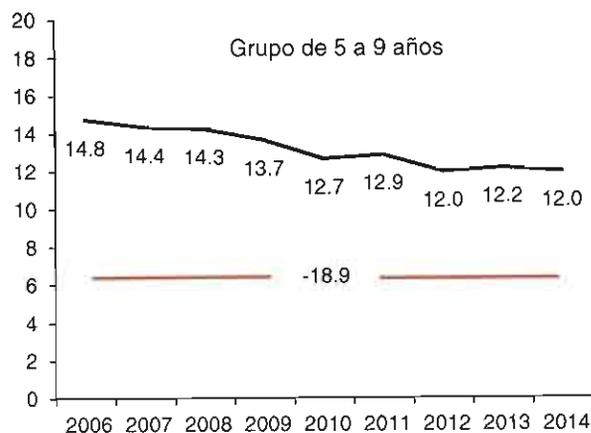
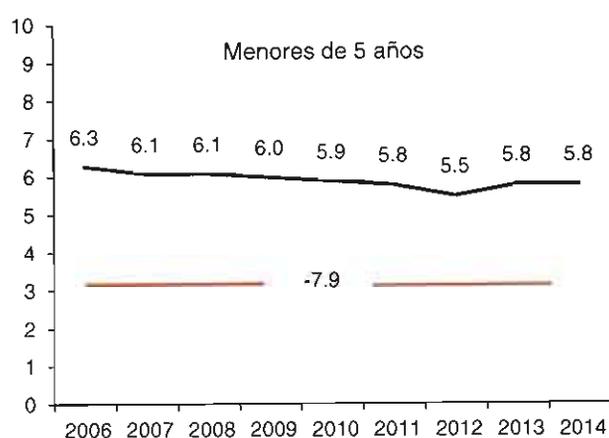
Fuente: Dirección de Prestaciones Médicas, IMSS

En la pasada Asamblea Ordinaria del IMSS se recibió la instrucción presidencial de que “en 2015, al menos 30 millones de derechohabientes se hagan el ‘chequeo’ de PREVENIMSS”. Para lograrlo se han establecido dos estrategias:

- Primera: Captar a la población derechohabiente que acude a la Unidad de Medicina Familiar pero no asiste a PREVENIMSS, asegurar que a los derechohabientes que acuden a los módulos PREVENIMSS se les otorguen todas las acciones preventivas de acuerdo con su grupo de edad, sexo y factores de riesgo, y optimizar los recursos disponibles para mejorar la eficiencia operativa del programa.
- Segunda: Focalización de grupos de acuerdo con la medición de sus riesgos, diseño de chequeos priorizados de acuerdo con focalización y expansión de espacios PREVENIMSS: Empresas y subrogados.

CHIQUITIMSS es una estrategia educativa que promueve el cuidado de la salud en los niños de cuatro a seis años y en sus familias, en Unidades de Medicina Familiar y guarderías. Con este programa, a través de sesiones lúdicas y vivenciales, se propicia que niños, padres, tutores y familiares adopten estilos de vida saludables que favorezcan la prevención de enfermedades. En los últimos dos años se han realizado 5 mil cursos por año (10% más que en 2012), que han incluido la capacitación de 100 mil niños por y 65 mil padres por año. Estas estrategias educativas junto con la vigilancia del peso y talla de los niños han contribuido a disminuir en 7.9% la prevalencia de obesidad en los menores de cinco años, y en 18.9% en los niños de cinco a nueve años (gráfica V.6).

Gráfica V.6.
Tendencia de obesidad en niños, 2006-2014
(porcentaje)



Fuente: Dirección de Prestaciones Médicas, IMSS.

V.5.2. Mejorar la gestión y eficiencia de los procesos médicos

El IMSS está implementando medidas que incrementen el acceso a la consulta médica en todos los niveles de atención y que mejoren la capacidad resolutive en Urgencias y Hospitalización, en donde observamos los principales cuellos de botella del flujo de pacientes durante su transitar en el proceso de salud. Con estas medidas mejoramos los tiempos de espera, calidad de la atención, y liberamos espacios en la consulta.

Estrategias para mejorar el acceso a la Consulta Externa

En el IMSS, 84% de las consultas se otorgan en la Consulta Externa del primer nivel y de Especialidades, motivo por el cual es prioritario el desarrollo continuo de estrategias para mejorar el acceso a estos servicios y garantizar una mejor calidad. A continuación se presentan tres programas enfocados a facilitar el acceso hacia la Consulta Externa.

Agendas de citas médicas

Se implementó una prueba piloto que consiste en concentrar a los pacientes que acuden a Consulta Externa de forma espontánea en el primer nivel de atención, cuando la agenda de su médico se encuentre llena, en un módulo de gestión centralizado denominado Unifila IMSS, el cual permite redistribuir los espacios disponibles en las agendas de los médicos de toda la Unidad. Así el paciente será atendido por el primer médico disponible, sin tener necesidad de esperar a que se desocupe el médico asignado a su consultorio, homologándose las cargas laborales.

La estrategia se instauró en seis unidades del Área Metropolitana del Distrito Federal, mostrando resultados favorables. Previo a la intervención, los pacientes que no tenían cita esperaban tres horas en promedio para recibir la consulta, y a raíz de esta estrategia el tiempo de espera se redujo a 30 minutos.

Se espera incrementar el alcance del programa en los próximos 12 meses.

Fortalecer el mecanismo de receta resurtible

El más claro ejemplo de medidas que mejoran la atención al derechohabiente y al mismo tiempo sanan financieramente al IMSS es la Receta Resurtible que permite a pacientes con enfermedades crónicas controladas contar con los medicamentos prescritos para un periodo de hasta 90 días en lugar de 30, sin necesidad de consulta médica.

En el primer nivel de atención, el empleo de la Receta Resurtible ha ido en constante aumento. En agosto de 2013 se inició la estrategia y en el resto del año se emitieron 1 millón de recetas con lo que se liberaron 2 millones de espacios. En 2014, se emitieron 3.3 millones de recetas, liberando 6.6 millones de espacios que fueron aprovechados por otros derechohabientes, acortando los tiempos de espera y mejorando el servicio. Esta medida, que parece simple, tiene un enorme impacto, ya que los espacios liberados son el equivalente a 8.5% del total de consultas otorgadas en el primer nivel de atención, lo que representa la productividad anual de 600 consultorios.

El programa Receta Resurtible en segundo nivel inició con una prueba piloto en noviembre de 2014 para pacientes con VIH/SIDA en seis Hospitales de las Delegaciones Puebla, Tlaxcala, Oaxaca, Querétaro y Guerrero. En junio de 2015 se extendió a 45 hospitales con Expediente Clínico Electrónico para 19 padecimientos crónicos. Con esto se pretende liberar cerca de 300 mil espacios anuales para consultas de Especialidad.

Coordinación entre niveles de atención

El IMSS, al contar con los tres niveles de atención, tiene la oportunidad, como pocos sistemas de seguridad social, de proveer un servicio coordinado en los tres

niveles. Sin embargo, actualmente el sistema de referencia a uno y otro nivel es complejo. Después de que el médico familiar decide el envío de un paciente al segundo nivel, éste último debe realizar trámites administrativos, hecho que le lleva invertir tres o más horas de su tiempo.

Durante 2015 se probó un piloto del Sistema de Referencia-Contrarreferencia en un área médica de la Delegación Estado de México Poniente, que mostró que el derechohabiente que es referido bajo este esquema puede obtener su cita en menos de 30 minutos al término de su consulta con el médico familiar, en lugar de 3 horas, sin la necesidad de realizar ningún trámite adicional. En esta prueba piloto se han referido 12,000 pacientes de forma exitosa. Durante el segundo semestre del 2015 se busca incorporar otros hospitales.

V.5.3. Reorganizar la atención médica para eliminar los principales cuellos de botella

Optimización de los servicios de Urgencias

En los servicios de Urgencias se identificaron dos problemas principales: i) el flujo de atención que inicia con el trámite burocrático de identificación de vigencia de derechos y retrasa la clasificación clínica, y ii) la saturación en camillas de Observación con demora para ingresar a cama de Hospitalización. Para resolver el primero se reorganiza la atención mediante un proyecto piloto en 10 hospitales; como primer paso, en lugar de primero verificar la vigencia, el paciente es clasificado a su llegada al servicio por personal de salud en el Triage y de acuerdo con su estado clínico: i) el enfermo grave es atendido inmediatamente; ii) el que presenta emergencia relativa es evaluado por un médico antes de 30 minutos, y iii) el que se encuentra estable y no presenta urgencia se atiende en un rango de 30 a 180 minutos, dejando el proceso de verificación de la vigencia posterior a su clasificación. Con esto se garantiza una mejor calidad y oportunidad

de atención que disminuye riesgos para el paciente y se ha incrementado la satisfacción por la pronta prestación del servicio. El proyecto ha iniciado en nueve delegaciones y, posteriormente, se desplegará a nivel nacional.

Para solventar el segundo problema y reducir la saturación del área de Observación, se ha establecido un Sistema de Gestión de Camas, del cual hablaremos a continuación.

Optimización del recurso cama en hospitalización

Para optimizar la infraestructura de camas en el segundo nivel, iniciamos en el 2014 el despliegue del Sistema de Gestión de Camas en 20 hospitales a fin de mejorar el flujo entre egresos e ingresos mediante: i) la organización de la prealta y alta efectiva del paciente; ii) el acortamiento de tiempos para limpieza, conservación y preparación, y iii) la disposición de camas, listas para su nueva ocupación.

En la implantación del piloto, de julio a diciembre de 2014, disminuyó 9% en promedio los días de estancia de 5.7 en 2013 a 5.2 en 2014. En febrero de 2015 inició el despliegue en 20 hospitales de siete delegaciones. Se organizaron equipos multidisciplinares con la participación de médicos, trabajadoras sociales, asistentes médicas, enfermeras, personal de limpieza y conservación, estas acciones permitirán agilizar la estancia en Observación Urgencias y disminuir su saturación.

Fortalecimiento de la productividad de las Unidades Médicas de Atención Ambulatoria

Con el propósito de abatir el rezago quirúrgico y liberar espacios para cirugías de mayor complejidad o de urgencias en los hospitales del segundo nivel, el H. Consejo Técnico aprobó en 1997 la construcción de Unidades Médicas de Atención Ambulatoria

(UMAA). Actualmente el IMSS cuenta con 37 de estas Unidades, que ofrecen servicios quirúrgicos de corta estancia (menor a 12 horas), de Cirugía General, Oftalmología, Otorrinolaringología, Urología, Ortopedia y Traumatología, es decir, que en su recuperación postoperatoria no requieren de hospitalización. Se otorgan también servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento como: endoscopias, espirometrías, inhaloterapia, hemodiálisis, aplicación de láser oftálmico y quimioterapia.

La productividad de las Unidades Médicas de Atención Ambulatoria en 2014, concentró: i) 17.6% de la cirugía ambulatoria que realiza el IMSS, liberando espacio equivalente a 26 quirófanos de hospitales para realizar intervenciones de mayor complejidad, y ii) la atención de 13% de los pacientes con insuficiencia renal crónica bajo tratamiento mediante el servicio integral de hemodiálisis.

Como se muestra en la gráfica V.7, estas Unidades incrementaron 17% la productividad global de los servicios, al pasar de 597 mil procedimientos en 2013, a casi 700 mil en 2014. El reto es incrementar la referencia de pacientes con padecimientos que requieren para su atención, de salas de operaciones o de procedimientos de corta estancia para liberar más espacios en los hospitales.

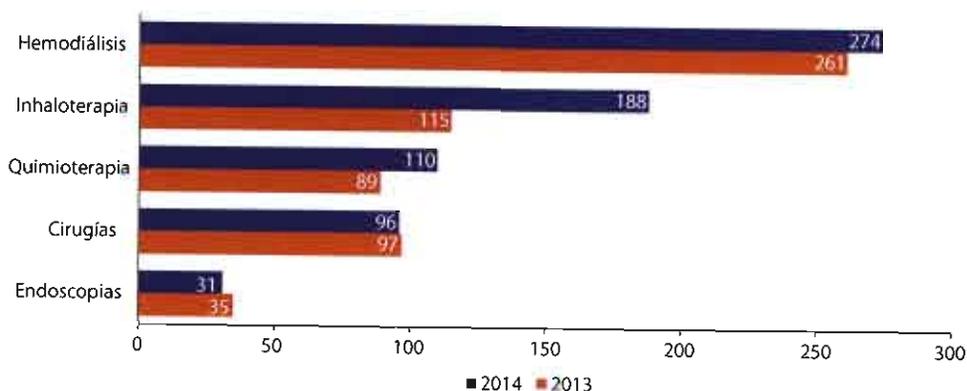
V.5.4. Prevención del riesgo materno y mejora de la atención obstétrica

La atención obstétrica es la principal causa de egresos hospitalarios del IMSS. Desde su origen, se han registrado en el IMSS cerca de 43 millones de nacimientos. El Instituto mantiene constante las mejoras de la atención a las mujeres y recién nacidos mediante dos programas: i) prevención del embarazo en adolescentes, y ii) disminución del riesgo de muerte materna y perinatal. Estos programas están alineados a los objetivos del milenio, establecidos por la Organización de las Naciones Unidas, que se miden por indicadores como: tasa de natalidad entre adolescentes, cobertura de atención prenatal y tasa de mortalidad materna.

Plan para prevenir el embarazo en las adolescentes

El IMSS, alineado a las acciones de la Estrategia Nacional de Prevención del Embarazo en Adolescentes, propicia un entorno habilitante de decisiones libres, responsables e informadas de los jóvenes en el ejercicio de su sexualidad y la prevención del embarazo, tanto con acciones educativas, como con acceso a métodos anticonceptivos. La campaña sectorial 2015 "Es tu vida, es tu futuro, hazlo seguro" forma parte de estas

Gráfica V.7.
Productividad en Unidades Médicas de Atención Ambulatoria, comparativo 2013-2014



Fuente: Dirección de Prestaciones Médicas, IMSS

estrategias de información masiva a este grupo de alto riesgo. El acceso efectivo a métodos anticonceptivos incluye los de acción prolongada, así como la pastilla de emergencia y preservativos; adicionalmente, se promueve la protección para prevenir enfermedades de transmisión sexual.

Como resultado de estas estrategias educativas, la proporción de adolescentes embarazadas (entre el total de embarazos) disminuyó de 12.3% en 2013 a 11.5% en 2014; la proporción de egresos postevento obstétrico disminuyó de 48 mil (9.1%) en 2013 a 44 mil (8.5%) en 2014 y la cobertura de protección anticonceptiva en el postparto, incluyendo transcesárea fue de 81.6%.

Programa para la disminución del riesgo de muerte materna y perinatal

Evitar la mortalidad materna es prioridad de atención a la salud en el mundo. En el IMSS, se realizan esfuerzos para evitar la mortalidad materna en todos los servicios, desde la consulta preconcepcional en el primer nivel, hasta la atención de la emergencia obstétrica.

En el primer nivel de atención se fortaleció el módulo de riesgo reproductivo y planificación familiar del Expediente Clínico Electrónico, que facilita, sistematiza, califica y proporciona mensajes que permiten la identificación de enfermedades de riesgo, uso de anticoncepción o referencia a hospitales para atención oportuna. En paralelo, el IMSS otorga más de siete consultas de vigilancia prenatal en las que se proporcionan recomendaciones e identifican factores de riesgo para prevenir y/u otorgar tratamiento a las complicaciones de la madre y su hijo.

Con el propósito de brindar atención inmediata, oportuna y de calidad a mujeres con emergencia obstétrica, se organizaron equipos de respuesta inmediata, integrados por personal interdisciplinario de todos los servicios que identifican y tratan

complicaciones de inmediato. Estos tienen comunicación entre diferentes niveles operativos y directivos del Instituto los 365 días del año.

Para beneficio de las pacientes del Programa IMSS-PROSPERA que no son derechohabientes del IMSS Régimen Obligatorio, el Honorable Consejo Técnico del IMSS autorizó desde 2006, que los hospitales de este último, atiendan embarazadas complicadas o con emergencia obstétrica, que antes eran atendidas en hospitales de tercer nivel de las Secretarías de Salud de los Estados. De 2006 a 2014 se han atendido 15.7 mil embarazadas. Esta autorización ha contribuido directamente al descenso progresivo de la mortalidad materna en la población campesina e indígena más desprotegida. Como resultado, mientras en 2007 se reportaron 113 defunciones maternas en IMSS-PROSPERA (IMSS-Oportunidades en su momento), gracias a la atención en Régimen Obligatorio, la mortalidad materna se ha reducido 61%, ya que en 2014 murieron 44 mujeres.

Con el propósito de contribuir a la integración del Sistema Nacional de Salud, el Instituto participa en la atención de no derechohabientes con emergencia obstétrica, bajo el Convenio General de Colaboración Interinstitucional en 95 hospitales del Régimen Obligatorio y 47 del Programa IMSS-PROSPERA. Como muestra el cuadro V.13, de 2009 a 2014 se tuvieron 4,319 solicitudes de atención por mujeres no derechohabientes; de ellas, 2,733 fueron emergencias obstétricas, en cuyos partos se obtuvieron 1,708 recién nacidos. Destaca que de 2009 a junio de 2011, el registro fue manual con criterios diferentes, implementándose desde julio de 2011 el censo nominal electrónico que nos da información confiable y oportuna para el seguimiento de casos.

En el Régimen Obligatorio del IMSS, en 2014 se presentaron 136 casos de muerte materna; con una razón de 29.8 por 100 mil recién nacidos, el incremento directo fue por enfermedades infecciosas, 12 por

influenza y 7 por dengue, por lo que se fortalecen acciones médico-preventivas, como inmunización contra influenza durante el embarazo y atención de cuidados intensivos para embarazadas o puérperas con dengue (gráfica V.8).

El Instituto enfrenta el reto de recuperar la tendencia decreciente de mortalidad y evitar que factores coyunturales afecten avances logrados. El objetivo a mediano plazo es lograr la meta del milenio: tasa de muerte materna a 22 por 100 mil nacidos vivos.

Con el Programa de Reanimación Neonatal, las acciones para inducir la madurez pulmonar en prematuros y el fortalecimiento de las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales, en el IMSS la mortalidad perinatal va en descenso como lo muestra la gráfica V.9. La tasa por 1,000 nacimientos del año 2014 es de 9.1, manteniéndose igual al año anterior, ambas por debajo del valor de referencia establecido de 9.2, por la dificultad que implica la atención de prematuros con peso menor de 1 kilo obtenidos de la interrupción temprana del embarazo para evitar la muerte materna por preeclampsia y eclampsia.

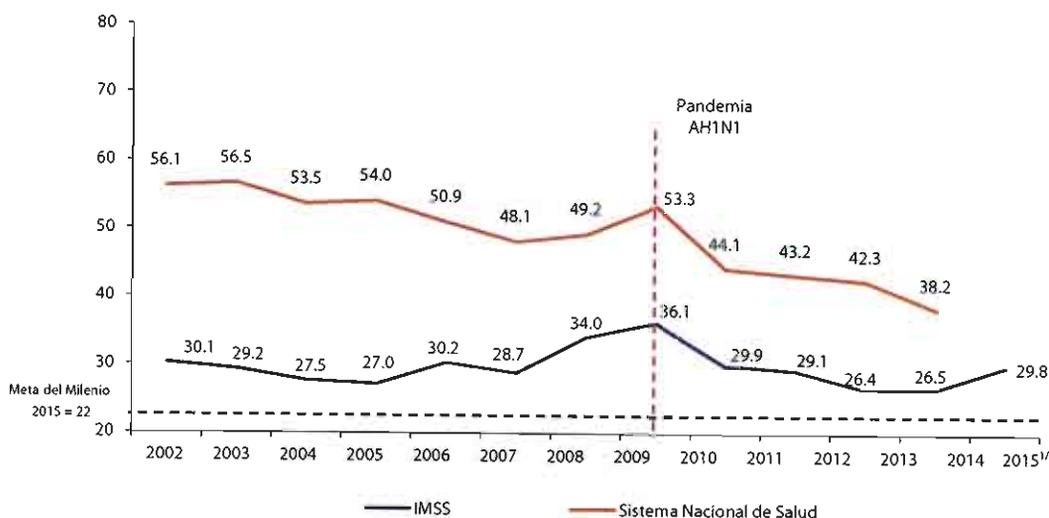
Cuadro V.13.
Total de atenciones por emergencia obstétrica otorgadas en el IMSS

	2009 ^{1/}	2010 ^{1/}	2011 ^{1/}	2012	2013	2014	Total
Emergencia obstétrica	1,089	446	258	301	316	323	2,733
Recién nacidos atendidos	722	242	174	204	182	184	1,708
Solicitudes de atención	2,171	850	332	307	323	336	4,319

^{1/}Registro manual de la información

Fuente: Dirección de Prestaciones Médicas, IMSS

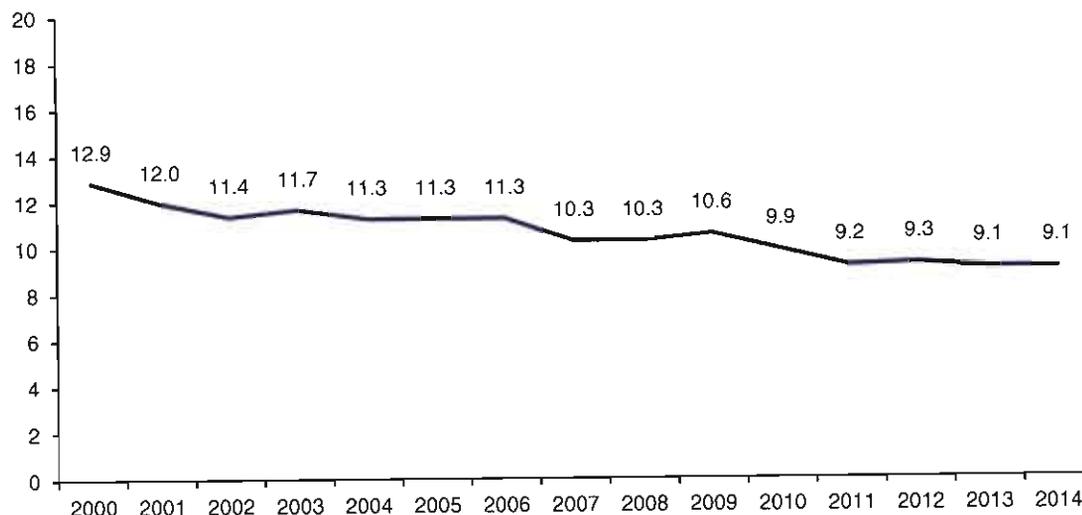
Gráfica V.8.
Razón de muerte materna, 2002-2014
(número de defunciones maternas por cada 100,000 nacidos vivos)



^{1/} Cifra preliminar hasta cotejo con Secretaría de Salud.

Fuente: Dirección de Prestaciones Médicas, IMSS; Secretaría de Salud.

Gráfica V.9.
Tendencia de la mortalidad perinatal en el IMSS
 (número de defunciones perinatales por cada 1,000 nacimientos)



Fuente: Sistema de Mortalidad del IMSS (SISMOR).

V.6. Hacer frente a las enfermedades crónicas no transmisibles

Como se mencionó en la sección V.4, las enfermedades crónicas no transmisibles se caracterizan por ser de larga duración y progresión lenta, son complejas e implican un alto grado de dificultad técnica y elevado costo de atención, por lo que ejercen presión en las finanzas institucionales y agravan la precaria condición financiera del Seguro de Enfermedades y Maternidad.

Dentro de las enfermedades crónico-degenerativas de alto impacto financiero destacan: i) las enfermedades cardiovasculares e hipertensión arterial; ii) la diabetes mellitus; iii) los cánceres, en particular el cérvico-uterino y de mama; iv) la insuficiencia renal crónica, principalmente como complicación de las dos primeras, y v) aunado al problema que la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH/SIDA) representa, como enfermedad crónica trasmisible que en su fase avanzada se puede manifestar con la aparición de diferentes tipos de cáncer e infecciones agregadas.

V.6.1. Análisis del gasto en enfermedades crónico-degenerativas de alto impacto financiero para el IMSS

En 2014 el gasto por la atención médica de los pacientes en tratamiento con alguna de las seis enfermedades crónico-degenerativas de alto impacto financiero que se mencionaron, se estima en 86,139 millones de pesos de 2015 (cuadro V.14). Esta cifra representa 31.8% del gasto médico del registrado en el IMSS en ese año. La diabetes mellitus y la hipertensión arterial concentran 78% del gasto médico estimado de estas enfermedades, y si se agrega su principal complicación que es la insuficiencia renal, este porcentaje aumenta a 94%; es decir, que el mayor gasto médico atribuible a las enfermedades crónico-degenerativas se concentra en tres de ellas.

En el Instituto se han desarrollado modelos de proyección demográfica, epidemiológica y financiera de estas enfermedades. Los resultados

Cuadro V.14.
Gasto médico en 2014 de seis enfermedades crónico-degenerativas de alto impacto financiero
(millones de pesos corrientes)

Padecimiento	Pacientes en tratamiento	Gasto (millones de pesos de 2015)		
		Ambulatorio	Hospitalario	Total
Hipertensión arterial	4,030,121	22,412	6,355	28,767
Sin complicaciones	3,970,530	21,526	602	22,127
Con complicaciones directas ¹⁷	59,591	886	5,753.26	6,639
Diabetes mellitus	2,508,829	36,008	2,596	38,604
Sin complicaciones	1,991,723	11,656	-	11,656
Con complicaciones	517,106	24,352	2,596	26,948
Cáncer de mama	45,345	3,254	313	3,567
<i>In situ</i>	1,171	16	1	18
Cáncer	44,175	3,237	312	3,549
Cáncer cérvico-uterino	15,032	165	157	322
<i>In situ</i>	2,857	11	20	30
Cáncer	12,175	154	138	291
Insuficiencia renal crónica terminal (pacientes en terapia sustitutiva de la función renal)	58,055	13,137	113	13,250
VIH/SIDA	27,962	1,510	119.96	1,630
Total	6,685,344	76,485	9,654	86,139

¹⁷ Se consideraron las complicaciones hospitalarias derivadas de la hipertensión arterial, tales como el infarto agudo al miocardio, la insuficiencia cardiaca, la enfermedad renal crónica hipertensiva y las enfermedades vasculares cerebrales.
Fuente: IMSS

de las estimaciones se presentan a las autoridades institucionales al final de cada año⁸⁹.

Con base en las proyecciones de número de pacientes en tratamiento y costos médicos asociados, se estima que el gasto en estas enfermedades crecerá en los próximos años a una tasa promedio anual de 4% en términos reales. Lo anterior se debe a la combinación de varios factores: i) un envejecimiento poblacional derivado de un incremento en la esperanza de vida y la reducción en la fecundidad; ii) estas enfermedades se incrementan por hábitos inadecuados como el tabaquismo, sedentarismo, consumo de azúcares y alimentos procesados y estrés laboral, y iii) complicaciones y comorbilidades, que encarecen su tratamiento.

V.6.2. Prevención, control y atención de las enfermedades crónico-degenerativas

Para mejorar el bienestar de la población de manera integral es indispensable detectar a tiempo la enfermedad y atender de manera eficiente y oportuna a los que enferman.

El Instituto ha desarrollado programas encaminados a controlar la diabetes y la hipertensión arterial, los cánceres más frecuentes, así como la atención al infarto al miocardio, e incrementar la donación y trasplantes de órganos, tejidos y células.

⁸⁹ La evaluación del Programa de Administración de Riesgos Institucionales contempla las proyecciones epidemiológicas y financieras de estos padecimientos en el mediano y largo plazos. Este documento se presenta al H. Consejo Técnico y a la Asamblea General del IMSS.

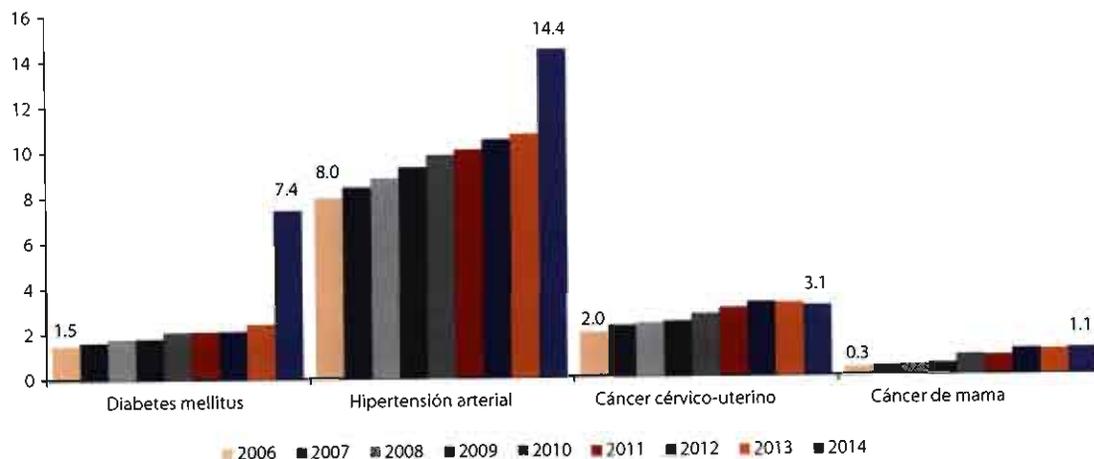
Prevención y detección de las enfermedades crónico-degenerativas

La detección oportuna de enfermedades crónicas no transmisibles está enfocada a cinco padecimientos prioritarios: diabetes mellitus, hipertensión arterial, hipercolesterolemia, cáncer cérvico-uterino y cáncer de mama. La gráfica V.10 muestra que el número de derechohabientes a los que se les realizan estas detecciones ha aumentado año tras año. En 2013 se realizaron 2.4 millones de detecciones de diabetes en población mayor de 44 años; en 2014, esta detección se alineó al programa sectorial, y se inició a partir de los 20 años de edad; se realizaron 7.4 millones de detecciones con la identificación de 977 mil casos sospechosos. En detección de hipertensión arterial, también se amplió el grupo blanco, en 2013 se realizaron 10.7 millones de detecciones y en 2014, 14.4 millones de detecciones, lo que implicó identificar 2.5 millones de casos sospechosos. Por otra parte, la detección del cáncer cérvico-uterino, a través de la prueba de papanicolaou, muestra que desde 2013 se realizaron más de 3 millones de detecciones anuales de primera vez. Asimismo, se

realizaron poco más de 1 millón de mastografías en mujeres de 50 a 69 años de edad en 2014, cifra similar a la obtenida el año anterior, ampliándose esta detección al grupo de 40 a 49 años, en el que se realizaron 134 mil mastografías más, logros que ubican al IMSS como la institución pública con el mayor número de detecciones de cáncer de mama por mastografía en el Sector Salud.

Con el objetivo de evaluar el impacto de las acciones preventivas y tratamiento oportuno de los enfermos de estas principales enfermedades crónicas, se realizó un análisis que permite comparar la mortalidad de la población derechohabiente del IMSS con la mortalidad de la población no derechohabiente del país⁹⁰. Las gráficas V.11 y V.12 muestran la tendencia de la mortalidad de los padecimientos previamente descritos de 1998 a 2014. En todos los casos, la mortalidad en el IMSS arranca en un nivel superior a los no derechohabientes, posiblemente como resultado de diferencias sociodemográficas y mayor prevalencia de algunos factores de riesgo para estas enfermedades en la población derechohabiente. Si las dos líneas fuesen paralelas a través del tiempo,

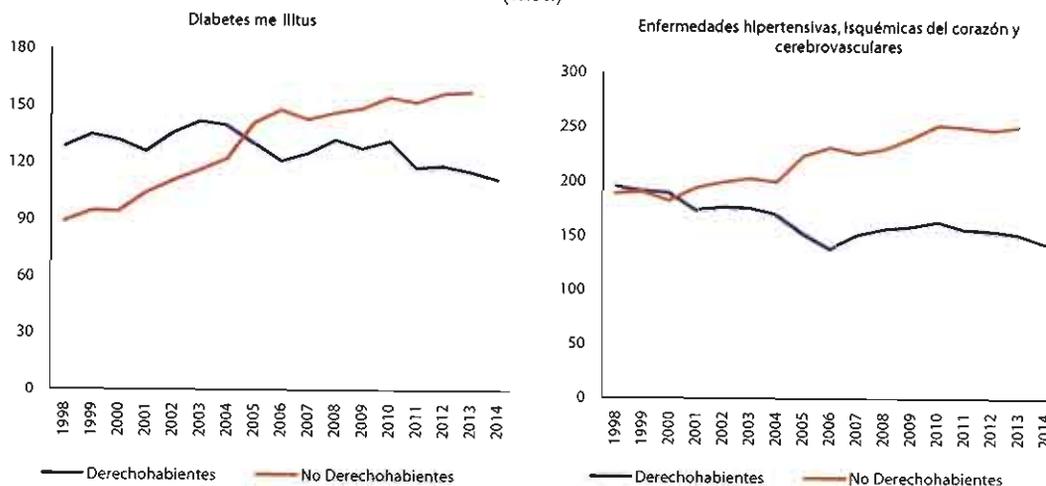
Gráfica V.10.
Número de detecciones de enfermedades crónicas no transmisibles, 2006-2014
(millones)



Fuente. Dirección de Prestaciones Médicas, IMSS.

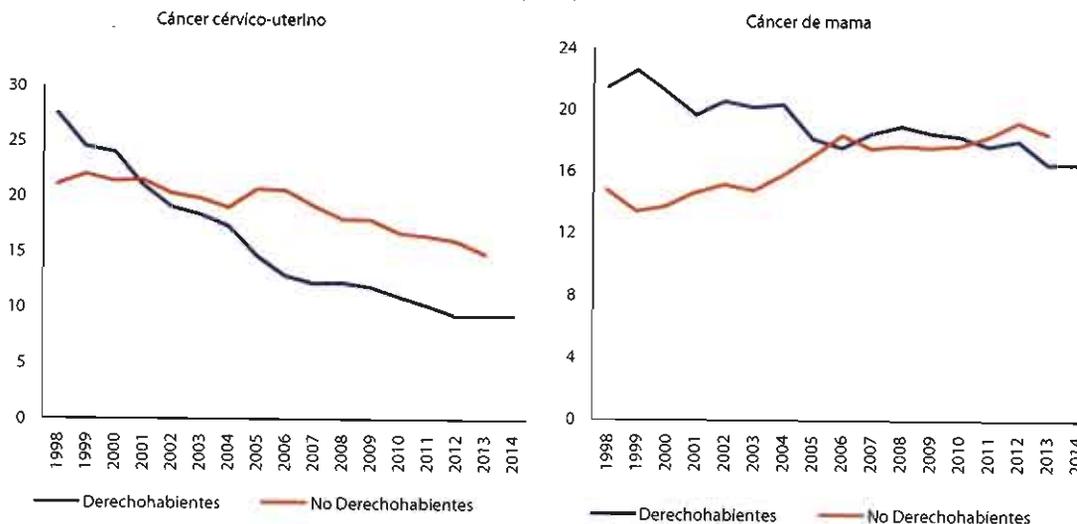
⁹⁰ Borja-Aburto VH, González-Anaya JA, Dávila-Torres J, Rascón-Pacheco RA, González-León M. *Evaluation of the impact on Non-communicable chronic diseases of a major integrated primary health care program in Mexico. Family Practice*, 2005; doi: 10.1093/fampra/cmv049.

Gráfica V.11.
Tendencias de mortalidad¹⁷ por diabetes mellitus y enfermedades cardiovasculares,
en derechohabientes y no derechohabientes del IMSS, 1998-2014
 (tasa)



¹⁷ Tasas por 100,000 en personas de 20 años y más, ajustadas por grupo de edad y sexo con población mundial estándar
 Fuente: Consejo Nacional de Población (CONAPO), Instituto Nacional de Estadística y Geografía, IMSS

Gráfica V.12.
Tendencias de mortalidad¹⁷ por cáncer cérvico-uterino y cáncer de mama,
en derechohabientes y no derechohabientes del IMSS, 1998-2014
 (tasa)



¹⁷ Tasa por 100,000 mujeres de 25 años y más, ajustada por edad según población estándar mundial 2001
 Fuente: Consejo Nacional de Población, Instituto Nacional de Estadística y Geografía, IMSS

significaría que los modelos de atención tienen el mismo efecto en derechohabientes y no derechohabientes; sin embargo, las pendientes de los derechohabientes son diferentes a las de los no derechohabientes, de tal manera que las tasas de mortalidad en los últimos años son menores para los primeros.

El IMSS ha sido actor clave desde el inicio de la epidemia de VIH/SIDA en el país. En 1983 atendió el primer caso reportado en México; fue la primera institución que otorgó tratamientos antirretrovirales; organizó la atención en clínicas especializadas, y otorgó atención médica integral. Del total de pacientes en seguimiento, reciben tratamiento oportuno mediante medicamentos antirretrovirales 100% de los pacientes

que clínicamente lo requieren, de acuerdo con las mejores prácticas internacionales, particularmente europeas, por costo-utilidad y costo-efectividad (más de 90% del total de pacientes infectados). El resto de pacientes lo recibirá cuando lo amerite de acuerdo con su evolución clínica. Gracias al uso adecuado de antirretrovirales y el control de pacientes infectados, la sobrevivencia de pacientes del IMSS actualmente es mayor a 30 años a partir del diagnóstico. La mortalidad por SIDA se redujo de manera importante en los derechohabientes del IMSS en contraste con la población no derechohabiente, como muestra la gráfica V.13.

A pesar de que estos resultados son muy buenas noticias, los impactos en la mortalidad son todavía insuficientes. Existen oportunidades en la gestión del cuidado de los enfermos crónicos que pueden mejorar la eficiencia en el proceso de detección y control de los pacientes.

Atención del infarto agudo del corazón

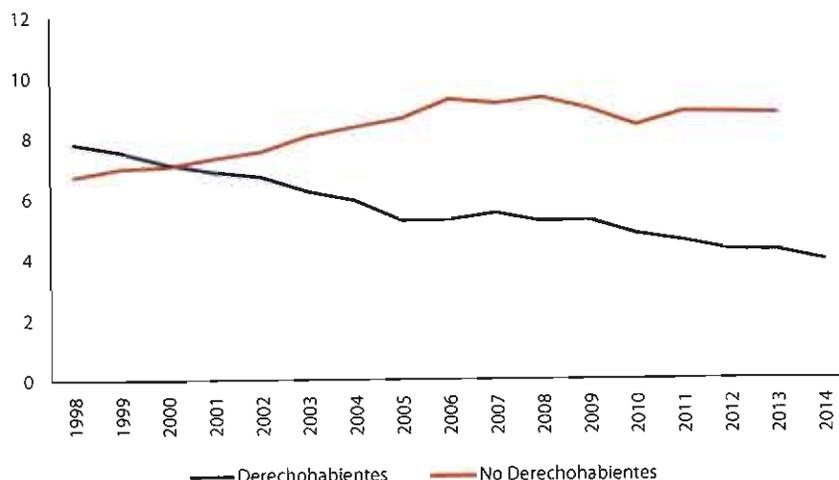
Las enfermedades del corazón, incluida la hipertensión arterial, son la principal causa de muerte en nuestro país y uno de los principales motivos en la demanda de atención. La Organización Mundial de la Salud las

considera un problema de salud pública mundial y en 2013 reportó 17.3 millones de muertes por esta causa. El Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), por su parte, en 2013 reportó 113 mil muertes por estas enfermedades (una cada 4.5 minutos) de las que 68% fueron por enfermedades isquémicas del corazón. El infarto agudo del corazón se debe a la obstrucción de alguna de sus arterias por una placa de grasa y formación de trombo. El diagnóstico y tratamiento oportunos son piedra angular para evitar complicaciones o la muerte.

La Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos publicó, en 2013, que México es el país con mayor mortalidad por infarto agudo del corazón en mayores de 45 años durante los primeros 30 días posteriores a su admisión, con 27.2% atendidos, cuando el promedio en el grupo de países que la conforman es de 7.9% atendidos.

En 2014, en el IMSS, estas enfermedades fueron primer motivo de Consulta Externa (17.4 millones), tercer motivo de egreso hospitalario (104 mil) y quinto motivo de consulta en Urgencias (767 mil). En 2013 se reportaron 38 mil muertes por esta causa (una cada 13 minutos, a diferencia de la citada arriba por el INEGI).

Gráfica V.13.
Tendencias de mortalidad^{1/} por SIDA, en derechohabientes y no derechohabientes del IMSS, 1998-2014
(tasa)



^{1/}Tasas por 100,000 de 20 años y más, ajustadas por grupo de edad y sexo con población mundial estándar.
Fuente: Consejo Nacional de Población, Instituto Nacional de Estadística y Geografía, IMSS

El tratamiento se realiza mediante reperfusión coronaria (cateterismo) con balón y *Stent* en una sala de Hemodinamia por personal altamente capacitado (procedimiento invasivo para resolver la obstrucción por grasa) o con medicamentos intravenosos que permiten disolver el trombo (terapia fibrinolítica); estos procedimientos tienen evidencia científica de efectividad y utilidad en las primeras 12 horas de iniciados los síntomas, pero para disminuir la mortalidad idealmente deben realizarse durante las dos primeras horas de iniciados los síntomas.

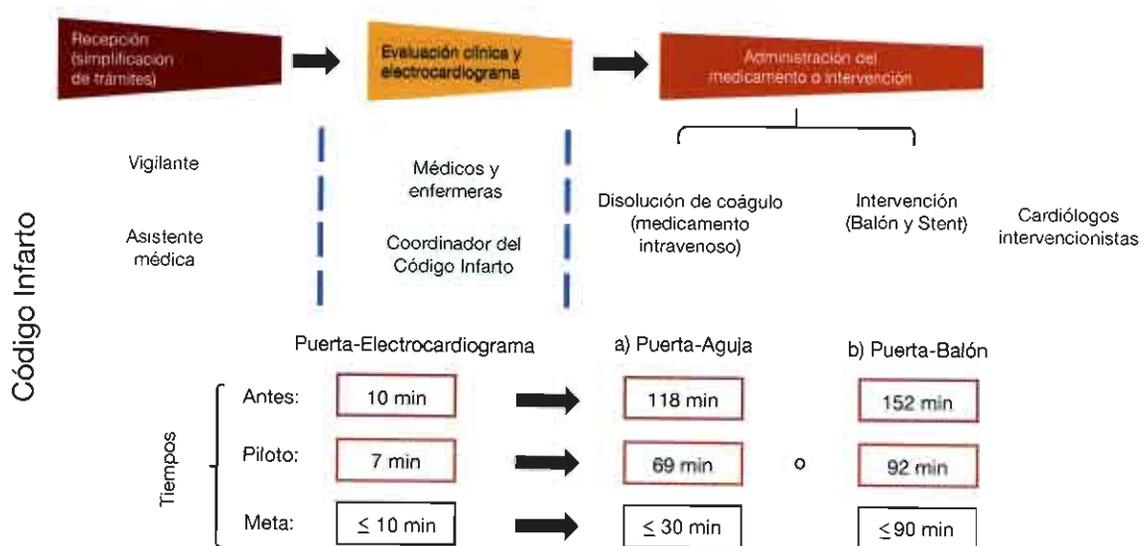
El primer estudio de vida real en el IMSS, consignado en el Registro Nacional de Síndrome Coronario Agudo, incluyó 2.3 mil casos, de los que 65% fueron por infarto agudo de corazón; de estos, a 8% se le realizó cateterismo en Hemodinamia con balón y *Stent*, a 42% terapia fibrinolítica y el restante 50% llegó fuera de tiempo para estos tratamientos.

Ante esta problemática, el IMSS ha implementado un protocolo para mejorar la calidad de la atención en los servicios de Urgencias, llamado Código Infarto, que tiene como objetivo garantizar el diagnóstico y

tratamiento en menor tiempo, de manera que se les realice la reperfusión o apertura de la arteria antes de 90 minutos en una sala de Hemodinamia (hospitales de tercer nivel) o la terapia fibrinolítica (hospitales de segundo nivel) en los primeros 30 minutos de su llegada al servicio.

La instrumentación del Código Infarto se inició el mes de febrero de 2015 en el Hospital de Cardiología del Centro Médico Nacional "Siglo XXI" y su área de influencia, que cuenta con nueve Hospitales y dos Unidades de Medicina Familiar. Se capacitó a más de 800 trabajadores de la salud y auxiliares de todas las categorías (asistentes médicas, vigilantes, trabajadoras sociales, enfermeras, médicos) para que, a través de un Coordinador del Código Infarto, se tuviera la garantía de disponibilidad de insumos, reactivos, equipos y personal en los servicios de Urgencias y Hemodinamia las 24 horas, los siete días de la semana y que, en forma coordinada con los Hospitales o Unidades de Medicina Familiar, se realizaran todas las acciones para garantizar el diagnóstico y tratamiento en pacientes con infarto agudo del corazón (gráfica V.14).

Gráfica V.14.
Implementación del Código Infarto

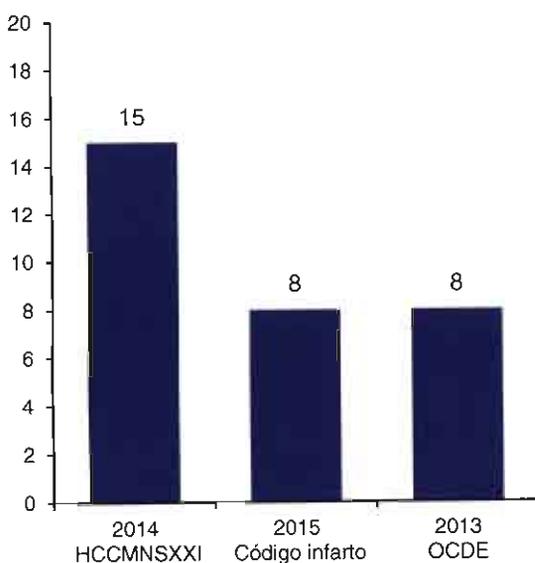


Fuente: Dirección de Prestaciones Médicas, IMSS.

A tres meses del inicio del piloto se han incluido 150 pacientes, se incrementó la reperfusión en 50% y ha disminuido la mortalidad más de 20%; es decir, se realiza reperfusión coronaria (cateterismo) con balón y *Stent* en una sala de Hemodinamia o con medicamentos intravenosos que permitan disolver el trombo (terapia fibrinolítica) a 75% de los pacientes infartados en menos de dos horas en promedio, con una diferencia estadísticamente significativa a favor de la implementación del piloto, como se observa en el diagrama de flujo.

La mortalidad reportada por infarto agudo del corazón en hospitales de segundo nivel de atención en 2014, fue de 48% y 31% en la Delegación Distrito Federal Sur, en pacientes que fueron seleccionados para la implementación del Código Infarto. En la gráfica V.15 se observa la disminución de la mortalidad con la implementación de este programa en 2015, muy similar al promedio reportado por la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos en 2013.

Gráfica V.15.
Cambios en la mortalidad temprana con la implementación del Código Infarto en el Centro Médico Nacional "Siglo XXI"



Fuente: Dirección de Prestaciones Médicas, IMSS

Este programa piloto permite visualizar qué Código Infarto puede ser implementado al menos en 10 centros médicos de tercer nivel de atención distribuidos en todo el país al final de esta Administración, objetivo en el que se trabajará de forma puntual, de tal manera que el IMSS se consolide como pionero en la implementación de esta estrategia que, al mejorar la oportunidad en la atención, reducirá complicaciones, costos y mortalidad.

Atención a pacientes diabéticos

Las complicaciones de la diabetes podrían evitarse si la enfermedad se detecta a tiempo y se controla de manera adecuada a los pacientes que ya la padecen. En 2014, el IMSS tuvo registro de 3.5 millones de pacientes con diabetes, de los cuales acudieron a consulta de control por su médico familiar 2.5 millones. La mayor parte de los diabéticos (97%) son atendidos por su médico familiar, a través de atención regular basada en el tratamiento con medicamentos y algunas acciones sobre alimentación y actividad física. En el último año, 15 mil médicos familiares otorgaron 13 millones de consultas, y lograron llevar a 43% de sus pacientes a las cifras de glucosa sanguínea suficientemente bajas para prevenir complicaciones, en comparación con 37% de años previos; porcentaje que puede y debe mejorarse. En un esfuerzo por aumentar este control, desde hace siete años se crearon los módulos DIABETIMSS dentro de las Unidades de Medicina Familiar, donde equipos multidisciplinarios, en un modelo médico asistencial, brindan atención especializada que incluye educación grupal centrada en el paciente y su familia. El objetivo es propiciar la modificación del estilo de vida para alcanzar el control metabólico, así como la identificación temprana de las complicaciones asociadas a riñones, ojos y extremidades inferiores. Actualmente se encuentran funcionando 136 módulos que atienden 99 mil pacientes (4% del total de diabéticos atendidos) con un logro de 51% de pacientes en el control de la glucosa (cuadro V.15).

**Cuadro V.15.
Comportamiento Módulos DIABETIMSS**

Año	Número de pacientes	Número de pacientes con complicaciones incipientes	Número de pacientes con control metabólico	% de control metabólico
2013	98,099	24,822	46,844	48
2014	99,697	26,076	51,288	51

Fuente IMSS

Sin embargo, la baja cobertura de estos módulos hace necesario extender el modelo de atención multidisciplinaria a todos los médicos familiares. Este año se encuentra en evaluación este modelo de atención en 6 Unidades de Medicina Familiar, donde el médico contará con la ayuda de enfermeras, nutricionistas y trabajadoras sociales para la modificación de los estilos de vida de los diabéticos y prediabéticos que por primera vez serán vigilados y atendidos de acuerdo con las recomendaciones internacionales.

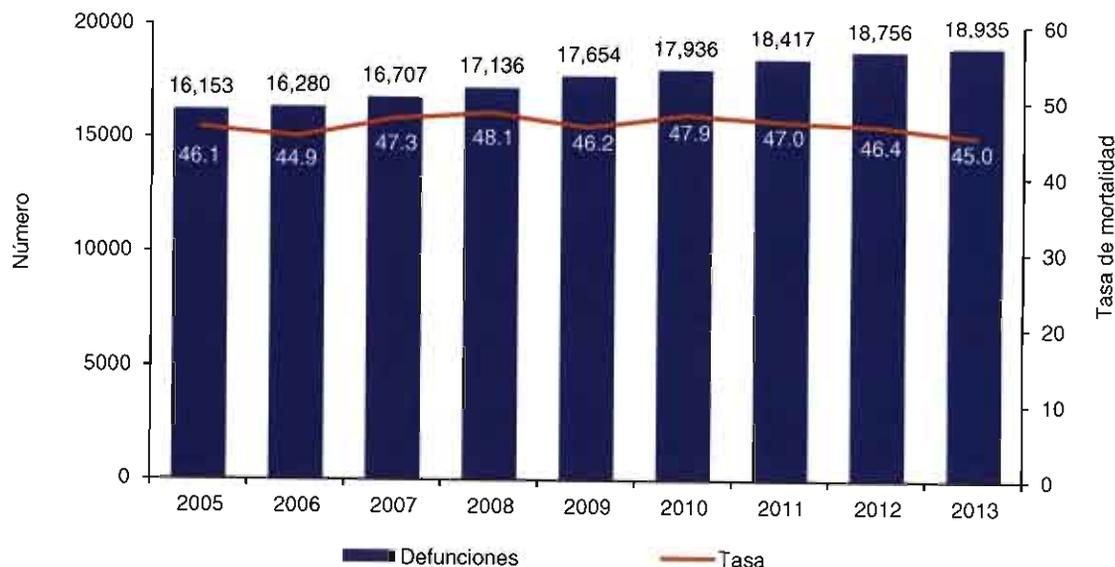
Atención de pacientes con cáncer OncolMSS

La Organización Mundial de la Salud reporta al cáncer como segunda causa de muerte en el mundo. En

América se registraron 1.3 millones de muertes en 2012 por esta causa; las proyecciones sugieren que el número de fallecimientos aumentará a 2.1 millones para el 2030.

En el IMSS, el cáncer fue la tercera causa de muerte en 2014, con 19 mil defunciones hospitalarias (gráfica V.16). Dicho padecimiento presentó un incremento de 8.5% de casos en los últimos ocho años, con gran impacto en “años perdidos por muerte prematura y años vividos con discapacidad”. Para 2013 el cáncer se ubica como tercera causa de mortalidad general en población derechohabiente; la primera en mujeres y hombres de 20 a 59 años, y en adolescentes de 10 a 19 años; la tercera en el adulto mayor de 59 años, y la cuarta en niños menores de 10 años.

**Gráfica V.16.
Número de defunciones y tasa de mortalidad¹⁷ por tumores malignos, IMSS 2005-2013**



¹⁷ Por 100,000 derechohabientes adscritos a médico familiar.
Fuente: Sistema de Mortalidad del IMSS (SISMOR) 2005-2013.

De las principales causas de mortalidad por cáncer de acuerdo con el órgano o sitio de afección, los más frecuentes en la mujer son: mama, cuello uterino, leucemias, ovario, colon y recto; en el hombre son: próstata, pulmón, leucemias, colon-recto y gástrico (cuadro V.16). Para los grupos de niños y adolescentes, los más comunes y letales son: leucemias, tumores de sistema nervioso central y de hueso.

El IMSS cuenta con dos programas de detección para dos tipos de cáncer en la mujer: el de cuello uterino y el de mama. Existe el reto de identificar con mayor oportunidad el cáncer de colon y recto, el de próstata y los mencionados para niños y adolescentes.

Para lograrlo se han reorganizado procesos de acceso, prevención, detección, curación, rehabilitación y cuidados paliativos, mediante el Programa "OncolMSS" que inició en el segundo semestre de 2014; hasta el momento se han realizado las siguientes acciones:

- i) Para dar respuesta al incremento en la detección y tratamiento oportunos de cáncer en la infancia y adolescencia, se creó el Departamento de Oncología Pediátrica en el Hospital General de Zona No. 1 de Tapachula, Chiapas; con ello se ha mejorado la oportunidad del tratamiento y se incrementa la expectativa de vida en la zona sur del país.
- ii) Se desarrolló en el IMSS, por primera vez en México, un sistema para la vigilancia

epidemiológica y seguimiento clínico de casos, denominado "Registro Institucional del Cáncer" en 11 clínicas, su despliegue nacional permitirá contar con datos para investigación clínico-epidemiológica y un mejor control de pacientes.

- iii) Se capacitaron 10 mil médicos y enfermeras del primer nivel de atención para fortalecer la detección oportuna del cáncer de mama.
- iv) Se incorporará en 2015 la detección del cáncer de colon y recto; con ello, a mediano plazo, disminuirémos la tasa de mortalidad.

Donación y trasplantes de órganos, tejidos y células

Los trasplantes, para algunas enfermedades como la insuficiencia renal, complicación de 30% en diabéticos y 34% en hipertensos, representan la mejor alternativa de calidad y sobrevida; además, generan ahorros de hasta 40%, si se comparan con el manejo dialítico. Es por ello que el Presidente de la República instruyó que el Instituto incremente 10% su realización y se fortalezca la donación cadavérica.

Se han implementado acciones como: i) incrementar la donación cadavérica, a través de una red institucional de donación; ii) asignación de coordinadores hospitalarios de donación capacitados para cada delegación; iii) organización de Centros Concentradores de Trasplantes, eliminando la "pulverización" que se tenía en hospitales con muy baja producción, mejorando la cantidad y calidad

Cuadro V.16.
Tasas de mortalidad por cáncer específico en adultos

Mujeres		Hombres	
Neoplasia por órgano específico	Tasa de Mortalidad por 100 mil DH ^v	Neoplasia por órgano específico	Tasa de Mortalidad por 100 mil DH ^v
Mama	11.6	Próstata	6.9
Cuello uterino	6.8	Pulmón	6.8
Leucemias	3.4	Leucemias	4.5
Ovario	3.1	Colon y recto	3.7
Colon y recto	2.7	Estómago	3.4

^v Derechohabientes

Fuente: Sistema de Mortalidad del IMSS (SISMOR) 2005-2010.

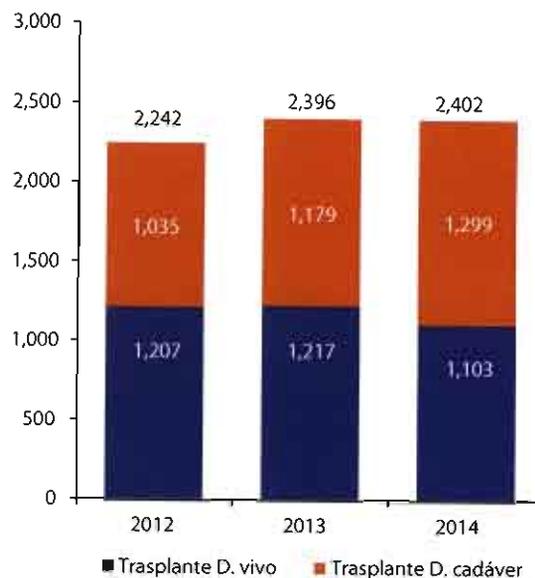
de los procedimientos, y iv) capacitación de nuevo personal y gestión suficiente y oportuna de recursos.

El Instituto realiza 56% del total de trasplantes renales practicados en el Sistema Nacional de Salud. La realización de trasplantes en el IMSS se incrementó de 2,396 en 2013 a 2,402 en 2014 (gráfica V.17). La sobrevivencia del injerto trasplantado a un año, fue de 84.1% en 2012 y se incrementó a 93.4% en 2014, cifra similar a la de los países desarrollados.

Además del trasplante de riñón, se realizan de otros órganos y tejidos. Durante 2014 se llevaron a cabo 723 trasplantes de córnea, con incremento de 10% respecto a 2013; 174 de células progenitoras hematopoyéticas, anteriormente conocido como "trasplante de médula ósea", que representó un crecimiento de 23% respecto al año previo; 42 trasplantes de corazón, 23% más que 2013, y 36 trasplantes hepáticos, con descenso de cinco órganos porque algunos de ellos no fueron viables para ser trasplantados.

Se ha incrementado la red hospitalaria de donación de 38 hospitales en 2008 a 60 en 2014, lo que permite procurar órganos y tejidos en un mayor número de Unidades. Asimismo, un aumento en el número de Coordinadores Hospitalarios de Donación, de cuatro en 2008 a 31 en 2014. Estas acciones permitieron incrementar la donación cadavérica multiorgánica en 34%, pasando de 331 en 2013 a 446 en 2014, lo que significa una tasa de 7.9 donaciones por millón de derechohabientes y lo que llevó a trasplantar a 1,035 pacientes con donadores cadavéricos en el 2012, y a 1,299 en el 2014. Se establecieron convenios con la Universidad Claude Bernard de Francia y el *Brigham and Women's Hospital de Boston* de Estados Unidos, para fortalecer la capacitación de personal médico en el área de trasplante hepático y renal. Se desarrolló un programa para consolidar Unidades de Trasplantes Altamente Especializadas, a las cuales se dotará de recursos para incrementar su realización con alta eficiencia, calidad y oportunidad; asimismo, se realizó el cierre de programas con baja productividad.

Gráfica V.17.
Incremento en trasplantes en el IMSS, 2012 a 2014



Fuente: Dirección de Prestaciones Médicas, IMSS.

V.7. Educación e investigación como estrategias de mejora de la calidad de los servicios médicos

El IMSS ha sido sinónimo de excelencia médica en México y en el mundo durante sus más de 70 años de vida. Sin embargo, en los últimos años, debido a reducciones en la inversión del talento médico, se perdió el liderazgo en el sector. La presente Administración, a través de la capacitación continua y la inversión en los recursos humanos e investigación, planea recuperar ese liderazgo en excelencia médica en México.

V.7.1. Capacitación

Con el objetivo de mejorar la eficiencia y la capacidad resolutoria del personal, en 2014 se realizaron 3,699 cursos con la asistencia de 25,600 trabajadores del área de la salud. Estos logros representaron un incremento de 2.7% en el total de cursos y de 12.3% en el número de trabajadores capacitados, con respecto a lo realizado en el ejercicio 2013 (gráfica

V.18). Además, se impulsó la capacitación a distancia en salud instrumentando 56 cursos en línea que permitieron la capacitación de 11.5 mil profesionales de la salud.

A fin de continuar con la atención médica de vanguardia y la capacitación del más alto nivel, durante 2014 el IMSS formalizó un convenio de colaboración con la Secretaría de Educación Pública mediante el cual se otorgaron becas completas a 54 enfermeras y 45 médicos, quienes asistieron al curso intensivo de inglés para profesionales de la salud en la Universidad de Texas, Campus San Antonio. Para 2015, la Secretaría de Educación Pública otorgará 350 becas a personal de salud para los Estados Unidos de Norteamérica, orientadas a capacitación y actualización profesional.

Durante el presente año, se consolida el convenio de colaboración con el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT), que permitirá al personal institucional realizar posgrados y capacitación técnico-médica, dichos programas de becas y estancias en el extranjero con financiamiento de la Secretaría de

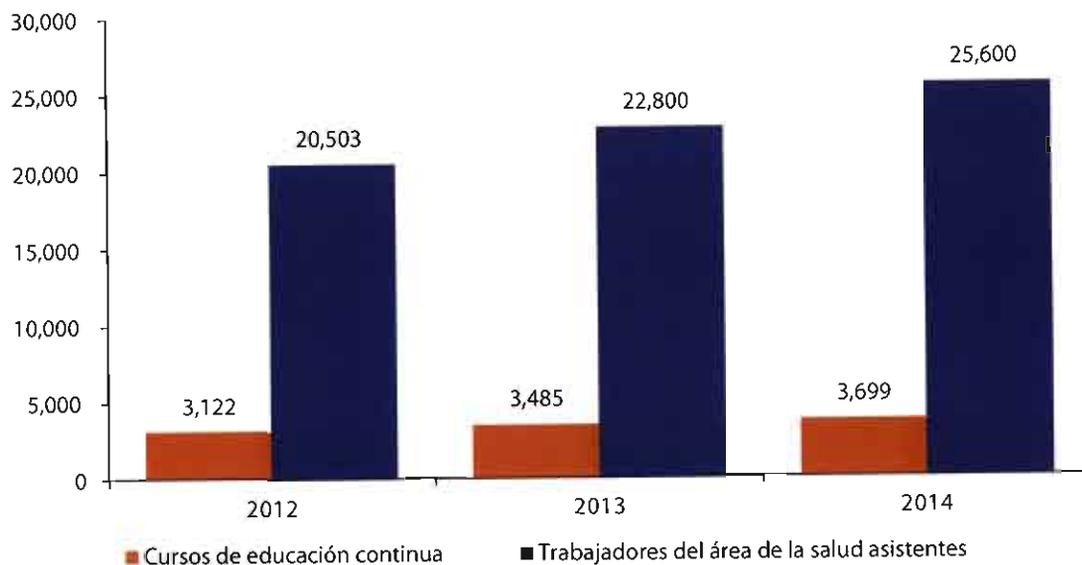
Educación Pública y el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología no tienen precedente en la historia del Instituto.

Como resultado del Primer Foro Franco Mexicano de Intercambio de Mejores Prácticas Clínicas, realizado en abril de 2014, se suscribe convenio de colaboración con la Universidad Claude Bernard Lyon 1 y los Hospices Civils de Lyon, para capacitación, formación e intercambio de experiencias en: trasplante hepático, cardiología, urgencias, patología y capacitación gerencial. Durante 2015, el primer grupo de médicos del IMSS asistirá a Lyon, Francia, para el primer programa de actualización en trasplante hepático.

V.7.2. Formación de recursos humanos

La formación del personal de salud se vuelve indispensable para el fortalecimiento del modelo de atención médica. Por ello, la preparación de nuevos médicos especialistas debe ser congruente con los cambios demográficos y epidemiológicos de acuerdo con las necesidades de la población derechohabiente.

Gráfica V.18.
Cursos de educación continua y número de asistentes



Fuente: Dirección de Prestaciones Médicas, IMSS

La participación en la creación de nuevos médicos especialistas ha distinguido al IMSS como la institución de salud líder en el país. Durante 2014, el Instituto contaba con 12,600 médicos en formación en 72 diferentes especialidades, cifra superior a los 12,400 médicos registrados en 2013. Para el ciclo académico 2015-2016 la cifra se incrementa, al contar con 12,700 médicos en formación; de estos, 4,300 cursan especialidades orientadas al primer nivel de atención, 10% de los médicos se prepara en urgencias y para enfrentar la prevalencia de enfermedades crónico-degenerativas, 23.6% de los médicos en formación se prepara en especialidades encaminadas específicamente a atender estos problemas.

Uno de los principales objetivos de la atención médica es que ésta sea segura y de calidad para el paciente, y es precisamente con este propósito que se contempla la creación de más Centros de Simulación Médico-Quirúrgica en el país en los próximos tres años, con la finalidad de que los residentes puedan practicar y simular diversos procedimientos diagnósticos y terapéuticos antes de realizarlos en los pacientes.

V.7.3. Investigación

La investigación es primordial para llevar al Instituto a retomar el liderazgo médico en el Sector Salud. Para ello, el IMSS está fortaleciendo la investigación biomédica que busca mejorar los resultados de la atención médica y la calidad de vida de los pacientes. En los últimos años se han graduado un promedio anual de 75 maestros y 25 doctores. En 2014, entre los 250 investigadores de tiempo completo del IMSS, 83% tuvo reconocimiento vigente del Sistema Nacional de Investigadores y se presentaron 36 solicitudes de nuevo ingreso, lo que constituye uno de los porcentajes de pertenencia más altos del Sector Salud.

En los investigadores mencionados existía un rezago entre la categoría contractual y la de evaluación curricular; para solucionarlo, se autorizó la homologación de investigadores y actualmente se encuentra en trámite la homologación de 50 investigadores más.

La investigación no sólo produce conocimiento, sino también descubrimientos que obtienen un registro de patente. Se han obtenido 20 registros de títulos de patente y en 2014 se efectuaron tres solicitudes nuevas, encontrándose 18 en total en proceso de dictaminación.

Se realizó la adquisición de equipo de última generación con una inversión de 90 millones de pesos, dicha inversión es la más importante en las últimas décadas en equipo para investigación, con el objetivo de fortalecer la investigación e innovación en medicina genómica.

El IMSS edita la revista *Archives of Medical Research*, la revista biomédica más importante de Latinoamérica debido al elevado factor de impacto de 2.406, convirtiéndose en la primera revista latinoamericana en superar el 2 de factor de impacto.

Se han firmado convenios con el Consorcio Nacional de Recursos Científicos y Tecnológicos para tener acceso a más de 6,000 títulos de revistas científicas y con la Asociación Mexicana de Industrias de Investigación Farmacéutica (AMIIF) para fortalecer la investigación clínica, en particular para ofrecer moléculas innovadoras a los derechohabientes. En 2014, se fortaleció la investigación biomédica a través de la certificación de la Comisión Nacional de Investigación como Tercero Autorizado por parte de la Comisión Federal para la Protección Contra Riesgos Sanitarios para protocolos de investigación médica, el cual permite coadyuvar en la evaluación y predictamen de los protocolos de investigación en salud.

Estamos retomando y fortaleciendo el vínculo entre atención médica, educación e investigación, lo que sin duda reeditarán en una mejor preparación del personal de salud y en la calidad de la atención del derechohabiente del IMSS.

V.8. Reforma del Sistema Nacional de Salud

Con base en lo que establece el Plan Nacional de Desarrollo y el Programa Sectorial de Salud 2013-2018, en el objetivo de avanzar en la construcción de un Sistema Nacional de Salud Universal, la colaboración y el trabajo coordinado entre las instituciones públicas de salud ha contribuido a desarrollar e implementar proyectos que coadyuvarán a la integración funcional de dichas instituciones. El IMSS, como uno de los principales proveedores de servicios de salud en el país, está comprometido con este objetivo, el cual forma parte de sus prioridades en el Programa Institucional de Trabajo. En este sentido, se enfoca a consolidar el intercambio de servicios participando con las instituciones públicas de salud para transitar hacia un Sistema Nacional de Salud Universal.

V.8.1. Intercambio de servicios

Como resultado del trabajo coordinado a nivel interinstitucional, actualmente se cuenta con herramientas legales homologadas entre las instituciones públicas que permiten operar el intercambio de servicios. De esta forma, es posible aprovechar la capacidad instalada entre las mismas para contribuir a mejorar la prestación de servicios de salud, ampliar la cobertura de atención médica y utilizar de forma eficiente los recursos humanos y de infraestructura del sistema de salud, mediante un diseño operacional homogéneo para todas las instituciones.

En este contexto, el Acuerdo General de Colaboración para el Intercambio de Servicios, suscrito el 12 de mayo de 2011 entre la Secretaría de Salud, el Instituto Mexicano del Seguro Social, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, los Servicios Estatales de Salud y diversas Unidades dirigidas por la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad, establece los lineamientos generales para formalizar los compromisos de prestación médica entre las instituciones de forma homologada y con tarifas máximas de referencia consensuadas entre las instituciones.

La instrumentación operativa del referido acuerdo se realiza a través de la suscripción de convenios específicos en las entidades federativas; en este sentido, el Instituto ha establecido estrategias para consolidar el intercambio de servicios, derivándose en 2014 la suscripción de cinco convenios específicos en esta materia, tres en Yucatán, uno en Querétaro y otro en Durango; asimismo, se renovó el convenio de Baja California Sur y otro en Yucatán firmados en años anteriores. De esta forma, se duplicó el número de convenios comparado con los disponibles en 2013.

De forma acumulada desde el 2012 y con información preliminar para el año 2014, mediante la operación de dichos convenios a nivel nacional, el IMSS ha referido 3,040 pacientes a otras instituciones públicas, atendándose 13,316 eventos. Asimismo, ha prestado atención médica a 705 no derechohabientes, atendiendo 1,048 eventos. Adicionalmente, el beneficio para algunos usuarios al recibir atención médica en su lugar de residencia, se refleja en la disminución de los tiempos de traslado. Por ejemplo, en Baja California Sur, el traslado del Hospital General de Zona No. 1 de la Paz a la Unidad Médica de Alta Especialidad de Ciudad

Obregón, Sonora, con una duración aproximada de cuatro horas, por vía aérea en viaje redondo, disminuye a 30 minutos si el paciente es trasladado al Hospital General "Juan María de Salviatierra" de la Secretaría de Salud, ubicado en esa localidad. Es así como el intercambio genera oportunidades de prestar la atención médica de manera oportuna.

Por otro lado, las instituciones han sumado esfuerzos para ampliar el catálogo de servicios médicos que forma parte del Acuerdo General, al homologar la atención médica y acordar tarifas máximas referenciales para 36 nuevas intervenciones, con lo cual aumenta el número de 819 a 855 intervenciones susceptibles a intercambiarse.

De esta forma, el IMSS ha colaborado con las políticas nacionales vinculadas con la integración del Sistema Nacional de Salud, mediante el fortalecimiento de su capacidad de atención y contribución para garantizar a su población derechohabiente el acceso oportuno a los servicios de salud.



Seguro de Guarderías y Prestaciones Sociales



Este capítulo presenta el estado de actividades del Seguro de Guarderías y Prestaciones Sociales, así como las proyecciones financieras de largo plazo y los resultados de un análisis financiero complementario. Aunque el ramo de Prestaciones Sociales incluye prestaciones adicionales, tales como los Centros de Seguridad Social, de Artesanías, Culturales, de Atención Social a la Salud de Adultos Mayores, de Capacitación y Rehabilitación para el Trabajo, Unidades Deportivas y los Teatros, el análisis se centra en evaluar la situación financiera del ramo de Guarderías y el estado de los Centros Vacacionales, dada su relevancia en materia de bienestar social para los derechohabientes.

Este seguro, en su ramo de Guarderías, otorga derecho a este servicio a las mujeres trabajadoras aseguradas y a los trabajadores asegurados viudos o divorciados con la custodia de sus hijos, durante su jornada laboral⁹¹, con un servicio que incluye aseo, alimentación, cuidado de la salud, educación y recreación de los niños y niñas entre 43 días y 4 años de edad. La primera infancia representa una etapa decisiva en el desarrollo de las capacidades físicas, intelectuales y emotivas de cada niño y niña, y es la etapa más vulnerable del crecimiento, de ahí la importancia de otorgar este apoyo a las madres trabajadoras y a los padres trabajadores en los supuestos que la Ley del Seguro Social prevé.

⁹¹ Este beneficio también se extiende a los trabajadores asegurados, viudos o divorciados que tengan la custodia de sus hijos o aquellas que por resolución judicial ejerzan la patria potestad y la custodia de un menor

El ramo de las Prestaciones Sociales de este seguro ofrece a los asegurados, a los pensionados y a sus familias programas orientados a fomentar un estilo de vida saludable, prevenir enfermedades y accidentes, y en general a elevar su nivel de vida (cuadro VI.1).

Este seguro permitió beneficiar durante 2014 a cerca de 200 mil niños y niñas inscritos en las guarderías de todo del país, además de cerca de 3 millones de derechohabientes y no derechohabientes que tuvieron acceso a los servicios que brinda el IMSS a través de sus Centros de Seguridad Social, Unidades Deportivas, Centros de Extensión de Conocimiento, Teatros, Centros de Bienestar Social y Centros Vacacionales.

VI.1. Estado de actividades

El cuadro VI.2 presenta el estado de actividades del Seguro de Guarderías y Prestaciones Sociales para el ejercicio 2014, en el cual se consideran dos escenarios: con registro parcial y con registro total del costo neto del periodo del Régimen de Jubilaciones y Pensiones.

El resultado del ejercicio de este seguro presentó un superávit de 1,997 millones de pesos bajo el escenario de registro parcial del costo neto de las obligaciones laborales del Instituto y un déficit de 17,729 millones de pesos con el efecto del reconocimiento total de estas obligaciones. Del total de los ingresos de este seguro, 96.6% proviene del rubro de guarderías de las cuotas obrero-patronales y el restante 3.4%, por venta de bienes y servicios y otros ingresos.

Cuadro VI.1.
Prestaciones del Seguro de Guarderías y Prestaciones Sociales

Ramo	Concepto	Descripción
Guarderías	Servicio de guardería infantil Artículos 201 al 207 de la Ley del Seguro Social	Cubre el riesgo de no poder proporcionar cuidados a sus hijos durante la jornada laboral de los siguientes trabajadores del Régimen Obligatorio: - Mujer trabajadora - Trabajador viudo - Trabajador divorciado que judicialmente tenga la custodia de sus hijos - Asegurados que por resolución judicial ejerzan la patria potestad y custodia de un menor Se tiene derecho al servicio a partir de que el trabajador es dado de alta ante el IMSS y una vez que es dado de baja conserva, durante cuatro semanas, el derecho al servicio de guardería.
Prestaciones Sociales	Prestaciones sociales institucionales Artículos 208 a 210 A de la Ley del Seguro Social	- Promoción de la salud - Educación higiénica, materno infantil, sanitaria y de primeros auxilios; prevención de enfermedades y accidentes - Mejoramiento de la calidad de vida - Impulso y desarrollo de actividades culturales y deportivas, recreativas y de cultura física - Promoción de la regularización del estado civil - Cursos de adiestramiento técnico y de capacitación para el trabajo - Centros vacacionales - Superación de la vida en el hogar - Establecimiento y administración de velatorios

Fuente: Ley del Seguro Social.

Cuadro VI.2.
Estado de actividades del Seguro de Guarderías y Prestaciones Sociales, al 31 de
diciembre de 2014
(millones de pesos corrientes)

Concepto	Costo neto de periodo del RJP	
	Con registro parcial	Con registro total
Ingresos y otros beneficios		
Ingresos de la gestión		
Cuotas y aportaciones de seguridad social	17,280	17,280
Ingresos por venta de bienes y servicios		
Ingresos por venta de bienes y servicios de organismos descentralizados	364	364
Otros ingresos y beneficios		
Ingresos financieros		
Intereses ganados de valores, créditos, bonos	17	17
Otros ingresos y beneficios varios	233	233
Total de ingresos	17,894	17,894
Gastos y otras pérdidas		
Gastos de funcionamiento		
Servicios de personal ^{1/}	4,286	4,157
Materiales y suministros	375	375
Servicios generales y subrogación de servicios	8,833	8,833
Otros gastos y pérdidas		
Subsidios	-	-
Estimaciones, depreciaciones y deterioro	455	455
Otros gastos	113	113
Pagos a pensionados y jubilados IMSS ^{2/}	1,574	1,703
Costo por beneficios a empleados (RJP) ^{2/}	261	19,987
Total de gastos	15,897	35,623
Resultado del ejercicio	1,997	-17,729

^{1/} En el rubro de servicios de personal con registro total no se consideran 129 millones de pesos correspondientes a los pagos por prima de antigüedad y las aportaciones del Instituto al Régimen de Jubilaciones y Pensiones, de acuerdo con las cláusulas contractuales, ya que están incluidos en el rubro de pagos a pensionados y jubilados IMSS.

^{2/} El costo neto del periodo determinado por el despacho externo Aon México Business Support, S. A. de C. V., por 21,690 millones de pesos en 2014, se integra por los rubros de pagos a pensionados y jubilados IMSS y el costo por beneficios a empleados Régimen de Jubilaciones y Pensiones.

Fuente: Dirección de Finanzas, IMSS, a partir de los Estados financieros dictaminados al 31 de diciembre de 2014 y 2013, y de la "Valuación Actuarial del Régimen de Jubilaciones y Pensiones y Prima de Antigüedad de los Trabajadores del Instituto Mexicano del Seguro Social bajo la Norma de Información Financiera D-3 'Beneficios a los Empleados', al 31 de diciembre de 2014 y Proyecciones para 2015"

VI.2. Proyecciones financieras de largo plazo

La proyección de ingresos y gastos del Seguro de Guarderías y Prestaciones Sociales para el periodo 2015-2050 indica que este seguro mantendrá un ligero déficit hasta el año 2022, a partir de entonces se espera que el resultado sea superavitario (cuadro VI.3).

Los gastos proyectados representarán, en promedio, 99% de los ingresos totales, por lo que el margen de excedente del seguro será mínimo en el largo plazo.

La prima actual de este seguro es de 1% del salario base de cotización y está ligeramente por debajo de la Prima Media Nivelada (PMN) requerida para su financiamiento. Por su parte la Prima de Reparto (PR)

Cuadro VI.3.
Presupuesto 2015, cierre 2015 y proyección 2016-2050 de ingresos, gastos y resultado financiero del Seguro de Guarderías y Prestaciones Sociales
(millones de pesos de 2015)

Concepto	2015		2016	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050
	Presupuesto	Cierre estimado								
Ingresos										
Cuotas obrero-patronales	17,653	17,646	18,218	20,421	23,383	25,054	26,609	27,947	29,122	30,393
Aportación del Gobierno Federal	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Otros ^{1/}	215	210	214	228	255	278	308	356	419	503
Ingresos totales	17,868	17,855	18,432	20,649	23,639	25,332	26,917	28,303	29,540	30,897
Gastos										
Corriente ^{2/}	15,789	16,356	17,004	18,706	21,017	22,492	23,948	25,418	26,955	28,716
Prestaciones económicas ^{3/}	1,728	1,674	1,778	2,216	2,395	2,670	2,738	2,553	2,295	1,921
Inversión física	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Gastos totales	17,517	18,030	18,782	20,922	23,413	25,162	26,686	27,971	29,250	30,637
Resultado financiero	351	-175	-350	-273	226	170	232	333	291	259
Primas (% del salario base de cotización)										
De contribución (PC)	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
De reparto (PR)	0.99	1.02	1.03	1.02	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.01
Media nivelada (PMN)	1.01	1.01	1.01	1.01	1.01	1.01	1.01	1.01	1.01	1.01
Diferencia (PMN-PC)	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01

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

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

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

Nota PC = Prima de Contribución, es la aportación que hacen los patrones para el financiamiento del Seguro de Guarderías y Prestaciones Sociales, expresada como porcentaje del salario base de cotización, PR = Prima de Reparto, es la prima que equilibraría los ingresos y los gastos del seguro en cada año del periodo de proyección considerado, PMN = Prima Media Nivelada, es la prima que permitiría asegurar el equilibrio financiero del seguro durante todo el periodo de proyección evaluado

Fuente: Dirección de Finanzas, IMSS

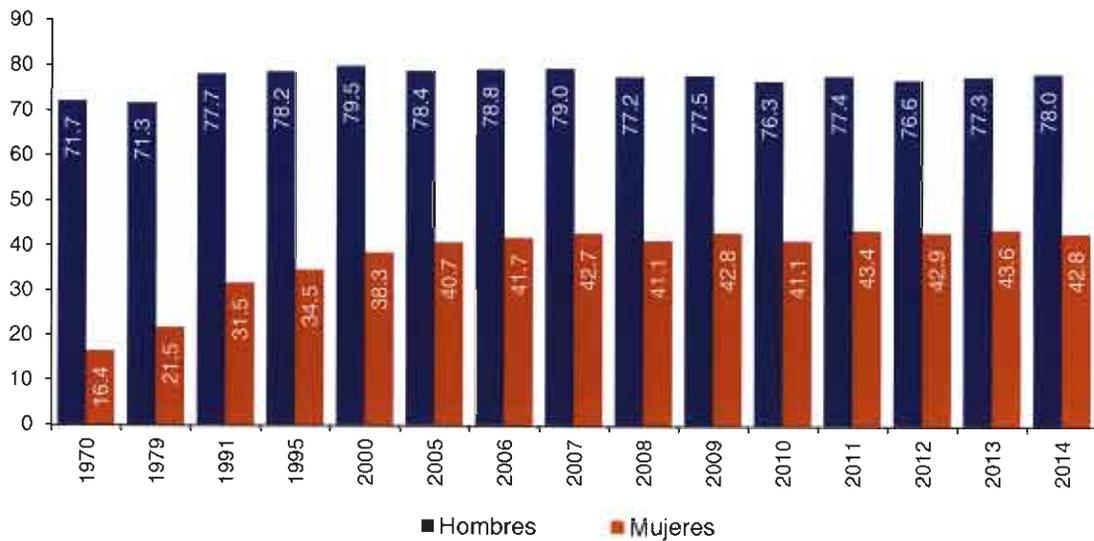
que se requerirá para hacer frente a los gastos de cada año tiene variaciones de hasta 4 centésimas de punto porcentual en 2018. Es decir, que la prima determinada en la Ley del Seguro Social apenas es suficiente para hacer frente a los gastos de este seguro hasta el año 2050⁹².

VI.3. Análisis financiero complementario del ramo de Guarderías

En México, la demanda del servicio de guardería se explica principalmente por la incorporación paulatina de las mujeres al mercado laboral. La gráfica VI.1 muestra la tendencia creciente de la tasa de participación económica femenina, la cual pasó de 16.4% en 1970 a 42.8% en 2014.

⁹² Estas proyecciones no contemplan metas de ampliación de cobertura de servicio de guardería, por lo que ante un escenario de expansión del servicio se tendría que evaluar la suficiencia de las primas estimadas en el largo plazo.

Gráfica VI.1.
Tasas de participación laboral por sexo, 1970-2014
 (porcentajes)



Fuente: 1970-1995. De Oliveira, Orlandina, *et al.* (2001), "La fuerza de trabajo en México. Un siglo de cambios", en *La población de México, Tendencias y Perspectivas Sociodemográficas hacia el Siglo XXI*, Gómez de León, José y Rabell, Cecilia, Coordinadores, Fondo de Cultura Económica-Consejo Nacional de Población (CONAPO), México, 2001, 2000-2013, Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), Indicadores Estratégicos, Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (ENOE) al cuarto trimestre de cada año

La cobertura del servicio de guardería continúa siendo una prioridad, para lo cual el Instituto otorga la prestación del servicio de guardería tanto en sus propias instalaciones, por medio de las guarderías Madres IMSS y del esquema Ordinario, como por medio de terceros, a través de las guarderías de los esquemas Vecinal Comunitario Único, del Campo e Integradora.

Las guarderías propias o de prestación directa representaron, a diciembre de 2014, 12.7% de los lugares disponibles y contaron con una capacidad instalada de casi 30 mil lugares en 142 unidades, mientras que las de prestación indirecta, en las que el servicio es proporcionado por terceros, representaron 87.3% del total de lugares disponibles y contaron con una capacidad instalada de casi 204 mil lugares en 1,253 unidades.

El servicio de guardería que presta el IMSS busca favorecer el desarrollo integral del niño y la niña, y se integra por programas de alto valor educativo, nutricional, de preservación y fomento de la salud. Con base en la evidencia científica, se sabe que el sobrepeso y la obesidad en menores de 4 años prevalecerán en etapas subsecuentes de su vida, por lo que una alimentación saludable constituye una base sólida para un adecuado crecimiento y desarrollo⁹³.

Por ello, durante el año que se informa, el Instituto continuó con los esfuerzos realizados en 2013 y 2014 para que en todas sus guarderías exista un esquema alimentario basado en las recomendaciones de la Asociación Mexicana de Pediatría, publicadas en 2007, y con los aportes calóricos por rango de edad de acuerdo con lo establecido por la Organización

⁹³ La primera infancia es determinante en la formación de hábitos y comportamientos que trascienden en la salud del adulto. El artículo "Incidence of Childhood Obesity in the United States", publicado en *The New England Journal of Medicine* (enero de 2014), señala que los niños con sobrepeso a los 5 años de edad son cuatro veces más propensos a convertirse en obesos que los niños de peso normal.

Mundial de la Salud en 2001. Los menús, validados por especialistas de la Dirección de Prestaciones Médicas del Instituto, consideran la disminución de azúcares añadidas y grasas saturadas, la eliminación de jugos industrializados, mermeladas y embutidos, y promueven el consumo de alimentos naturales.

En apoyo a esta iniciativa, en 2014 se implementó una estrategia a la que se le denominó "Guardería promotora de la salud", para fortalecer las actividades encaminadas a la adquisición y asentamiento de hábitos saludables mediante un conjunto de actividades que buscan mantener el Índice de Masa Corporal de niños y adultos en valores normales para la edad. A este programa se inscribieron 13,506 participantes, 5,306 niñas y niños y 8,200 adultos de 431 guarderías de todo el país. Quizá lo más relevante de esta estrategia es que se empezaron a generar entre los prestadores de servicio y padres de familia la conciencia sobre la importancia de que sus hijas e hijos estén sanos, por lo que se espera que este programa tenga un impacto aún mayor, con un rediseño orientado a tener mejor información sobre el peso y talla de los menores que asisten a las guarderías y con ella poder monitorear a cada uno de los más de 200 mil niños y niñas que día a día atiende el IMSS.

La capacidad instalada del Sistema de Guarderías IMSS tocó su máximo histórico en 2009 en casi 243 mil lugares disponibles; sin embargo, a raíz del incidente ese año en la guardería ABC, el Instituto estableció medidas de seguridad más estrictas y procesos de contratación que exigen un elevado nivel de calidad en el servicio, razón por la cual dejaron de prestar el servicio 207 guarderías entre julio de 2009 y diciembre de 2014, lo que ha repercutido en una disminución en la capacidad instalada de cerca de 9 mil lugares, como puede observarse en el cuadro VI.4.

No obstante la pérdida de infraestructura instalada, gracias a las acciones de ampliación, en ese periodo sólo ha disminuido en poco menos de 5,000 el número de niños y niñas inscritos en las guarderías del IMSS. El cuadro VI.5 muestra que mientras la tercera parte de la demanda total del servicio de guardería se concentra en Jalisco, Nuevo León, Sonora, Baja California y Chihuahua (columna e), los estados que registran los niveles más bajos de ocupación son Tabasco, Chiapas e Hidalgo (columna f). Los estados que registran la mayor proporción de solicitudes pendientes de atender son Sinaloa, Nuevo León y Querétaro (columna g).

Cuadro VI.4.
Estadísticas del servicio de Guarderías del IMSS, 2009-2014

Año	Guarderías (a)	Capacidad instalada ^{1/} (b)	Niños inscritos ^{2/} (c)	Solicitudes pendientes ^{3/} (d)	Demanda total (e)=(c)+(d)	Ocupación (%) (f)=(c)/(b)	Demanda no atendida (%) (g)=(d)/(e)
2009	1,568	242,899	204,169	38,741	242,910	84.1	15.9
2010	1,459	234,815	199,232	42,029	241,261	84.8	17.4
2011	1,453	235,957	201,153	43,532	244,685	85.2	17.8
2012	1,451	239,410	203,511	22,852	226,363	85.0	10.1
2013	1,416	236,749	203,180	18,372	221,552	85.8	8.3
2014	1,395	234,045	199,563	19,026	218,589	85.3	8.7

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

^{2/}Los niños inscritos son los que están registrados y asisten a las guarderías.

^{3/}Las solicitudes pendientes se refieren a los niños cuyo proceso de inscripción está en trámite a la fecha de corte de la información.

Fuente: Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales. IMSS

Cuadro VI.5.
Estadísticas del servicio de Guarderías del IMSS por delegación, a diciembre de 2014

Delegación	Número de guarderías	Capacidad instalada	Niños inscritos	Solicitudes pendientes	Demanda total	Ocupación (%)	Demanda no atendida (%)
	(a)	(b)	(c)	(d)	(e)=(c)+(d)	(f)=(c)/(b)	(g)=(d)/(e)
Jalisco	94	15,832	14,140	2,137	16,277	89.3	13.1
Nuevo León	88	13,123	12,044	2,749	14,793	91.8	18.6
Sonora	75	14,335	12,829	1,410	14,239	89.5	9.9
Baja California	82	15,684	12,891	352	13,243	82.2	2.7
Chihuahua	87	15,378	12,593	450	13,043	81.9	3.5
D. F. Sur	69	13,225	10,704	1,025	11,729	80.9	8.7
Tamaulipas	73	13,146	10,724	457	11,181	81.6	4.1
D. F. Norte	68	12,523	9,800	252	10,052	78.3	2.5
Guanajuato	58	10,930	9,167	441	9,608	83.9	4.6
Coahuila	60	10,146	8,573	996	9,569	84.5	10.4
Sinaloa	49	7,623	7,178	2,314	9,492	94.2	24.4
Estado de México Oriente	61	9,763	8,171	419	8,590	83.7	4.9
Michoacán	38	6,425	5,957	697	6,654	92.7	10.5
Querétaro	29	5,417	5,011	1,090	6,101	92.5	17.9
Estado de México Poniente	37	6,423	4,929	172	5,101	76.7	3.4
San Luis Potosí	30	4,946	4,484	430	4,914	90.7	8.8
Veracruz Norte	38	4,950	4,392	222	4,614	88.7	4.8
Aguascalientes	26	4,621	4,119	219	4,338	89.1	5.0
Puebla	37	5,016	4,132	158	4,290	82.4	3.7
Morelos	31	5,068	3,959	200	4,159	78.1	4.8
Yucatán	33	5,065	3,996	102	4,098	78.9	2.5
Colima	21	3,651	3,481	408	3,889	95.3	10.5
Quintana Roo	22	3,982	3,542	219	3,761	89.0	5.8
Zacatecas	29	3,344	3,018	276	3,294	90.3	8.4
Durango	16	2,990	2,730	441	3,171	91.3	13.9
Nayarit	18	3,122	2,857	175	3,032	91.5	5.8
Guerrero	15	2,869	2,437	375	2,812	84.9	13.3
Veracruz Sur	27	3,290	2,703	104	2,807	82.2	3.7
Baja California Sur	14	2,164	1,897	192	2,089	87.7	9.2
Hidalgo	18	2,588	1,977	54	2,031	76.4	2.7
Oaxaca	16	2,026	1,756	233	1,989	86.7	11.7
Chiapas	14	1,772	1,313	52	1,365	74.1	3.8
Tabasco	8	1,131	813	76	889	71.9	8.5
Campeche	8	814	676	108	784	83.0	13.8
Tlaxcala	6	663	570	21	591	86.0	3.6
Total	1,395	234,045	199,563	19,026	218,589	85.3	8.7

Fuente: Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales. IMSS.

Opciones de política

Hoy el Sistema de Guarderías del IMSS es el mejor sistema público de centros de atención infantil del país, el servicio que en ellas se otorga está basado en altos estándares de calidad y seguridad, además de ser el más supervisado en materia de otorgamiento del servicio y condiciones de seguridad. Para 2015, la Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales, con base en los objetivos estratégicos de mejorar la calidad y calidez de los servicios al otorgar prestaciones de forma expedita y transparente, deberá aumentar su capacidad instalada, pero también optimizar el uso de su infraestructura actual, con el objetivo de brindar mayores opciones para que más madres trabajadoras puedan incorporarse a la vida laboral, sabiendo que cuentan con un lugar en el que sus hijas e hijos estarán seguros y bajo la atención y cuidados necesarios que faciliten su mejor desarrollo físico, cognitivo y afectivo-social, en una de las etapas más importantes en el desarrollo de un ser humano.

Para cumplir con el objetivo de ampliar la capacidad instalada de guarderías, el pasado mes de abril se publicó la convocatoria de la Licitación Pública Nacional para la Contratación del Servicio de Guardería en el Esquema Vecinal Comunitario Único para los ejercicios 2015-2020, con el que en un esfuerzo sin precedentes, el IMSS licitó hasta 15 mil lugares de guardería en todo el país. Previo a ello, se desarrolló un innovador esquema para el cálculo de la demanda de lugares de guardería, con base en un estudio econométrico de los sitios del país donde se tiene la mayor demanda no atendida para madres trabajadoras con el mismo perfil socioeconómico de las que hoy llevan a sus hijos a las guarderías del IMSS.

Adicionalmente, como requisito para participar en la licitación, se pidió un inmueble construido ex profeso para funcionar como guardería, lo cual permitirá que las guarderías que se abran bajo este proceso sean las mejores del sistema, en lo que respecta a

sus instalaciones. Por eso, las guarderías que se adjudiquen en esta licitación tendrán la posibilidad de otorgar el servicio hasta por 5 años.

Además de ampliar la capacidad instalada, el IMSS tiene el reto de optimizar el uso de su capacidad instalada actual, por lo que este año se llevarán a cabo al menos tres procesos de ampliación de infraestructura en las guarderías que tienen las mejores condiciones de atención y calidad de acuerdo con las evaluaciones que realiza el Instituto, así como los resultados de las encuestas de satisfacción que se realizan. En el primer proceso de ampliación se autorizaron más de 4 mil lugares adicionales, sujeto a que se hagan las adecuaciones necesarias para que las niñas y niños sigan contando con espacios adecuados para su desarrollo, lo cual estará ocurriendo en los siguientes meses. El segundo y tercer procesos se realizarán en el segundo semestre del año con la expectativa de autorizar mil lugares adicionales.

Durante el segundo semestre del año se implementará un novedoso programa de reorganización y aprovechamiento de todas las salas de atención de las guarderías, en virtud de que el esquema de distribución actual se ha convertido, después de varios años, en un obstáculo para el adecuado uso de toda la capacidad instalada de las guarderías, ya que las salas de los más pequeños y los más grandes están subutilizadas, mientras que las salas de atención de los niños de edad intermedia se encuentran saturadas la mayor parte de las veces. Con este programa se tiene una expectativa de incrementar el número de niñas y niños inscritos en al menos 3,000.

Este año también se llevará a cabo un rediseño al sistema de alimentación de las guarderías, con el que se incrementará la variedad de menús y la posibilidad de combinaciones entre ellos, con el objetivo de continuar fomentando una dieta correcta en los niños y niñas y ofrecer al mismo tiempo a los prestadores del servicio y a las guarderías de prestación directa

más flexibilidad en la organización de los menús. En el marco del "Programa Guardería Promotora de la Salud" se brindarán mejores herramientas a las guarderías, a través de indicadores que evalúen el impacto del servicio en el estado nutricional de los niños y niñas y en la prevención del sobrepeso y la obesidad.

Finalmente, se continuará con la realización de visitas a las guarderías por parte de los padres de familia, en el marco del mecanismo de Participación Social en Guarderías y se difundirá por medios electrónicos a los usuarios del servicio, información relacionada con la salud, cuidado y atención infantil, nutrición infantil, autocuidado de la salud, procesos cognitivos en el niño, desarrollo afectivo-social y discapacidad, lo que incidirá en el involucramiento de los padres en el desarrollo integral de sus hijos.

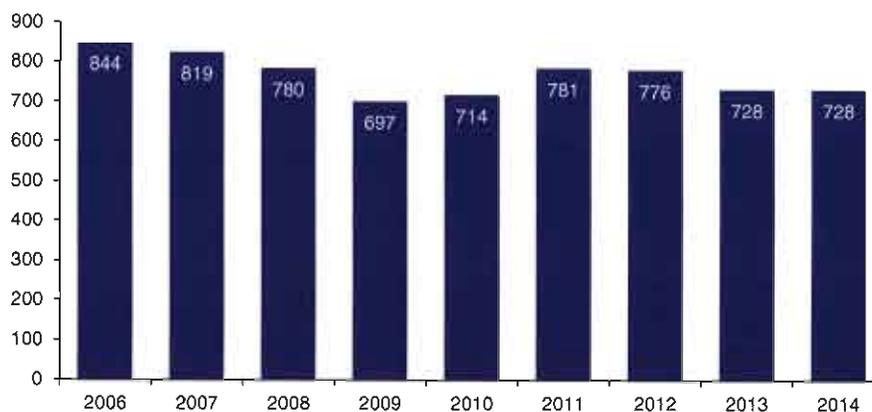
Con estas medidas, se consolidará al sistema de guarderías del IMSS como el mejor servicio público de guardería del país, en beneficio de las madres trabajadoras y sus hijos, contribuyendo además a mejorar la economía familiar y la productividad del país.

VI.5. Centros Vacacionales

El IMSS cuenta con cuatro Centros Vacacionales: Oaxtepec, en Morelos; Atlixco-Metepec, en Puebla, y La Trinidad y Malintzi, en Tlaxcala. En estos centros se proporcionan servicios de hospedaje en casas, cabañas, hoteles y zonas de campamento, así como diversos servicios recreativos a precios accesibles, tanto para la población derechohabiente, como para el público en general. Cada año la mayor afluencia de visitantes se da en los meses de marzo o abril debido a la Semana Santa, llegando a representar casi 24.4% del total anual, mientras que enero, febrero y octubre se caracterizan por presentar el menor registro de usuarios.

La gráfica VI.2 presenta la afluencia anual a los Centros Vacacionales de 2006 a 2014.

Gráfica VI.2.
Población usuaria anual de los Centros Vacacionales, 2006-2014
(miles de usuarios)



Fuente: Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales, IMSS

VI.6. Situación financiera de los Centros Vacacionales

El cuadro VI.7 resume la situación financiera consolidada de los cuatro Centros Vacacionales de 2006 a 2014. Para 2014, el resultado pasó de un déficit de 193 millones de pesos en 2013, a 217 millones de pesos. Esta diferencia se explica porque, los ingresos netos mostraron una disminución de 13.9 millones, diferencia que representó una variación de -10.5%. A su vez, el gasto corriente se incrementó por 14.7 millones, 4.9% más que en 2013.

Para el mismo ejercicio, si se analiza el resultado total, el incremento en el déficit es de 12.3% en términos reales. Esta diferencia se explica por un aumento en el gasto de mantenimiento por trabajos de reparación mayor en los Centros Vacacionales de Malintzi y La Trinidad, como lo fueron la reparación de la subestación de acometida, la sustitución del sistema eléctrico y la colocación de domos.

Adicionalmente, los gastos por servicios generales reflejan un incremento del 16.2% en términos reales, provocado principalmente por el pago de mantenimiento preventivo, correctivo y mecánico, así como el incremento en el precio unitario en el servicio de vigilancia en el Centro Vacacional Malintzi.

Cuadro VI.7.
Estado de resultados comparativo de los Centros Vacacionales, 2006-2014^{1/}
(millones de pesos de 2014)

Concepto	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Ingresos									
Ingresos (1)	134.7	147.5	149.9	132.3	131.9	143.9	145.3	150.9	142.9
Descuentos (2)	0.0	-2.1	-15.2	-15.2	-18.1	-22.8	-19.1	-19.5	-25.4
Ingresos netos (3)=(1)+(2)	134.7	145.4	134.8	117.1	113.8	121.1	126.2	131.4	117.6
Gasto corriente									
Servicios de personal	179.2	185.5	188.4	185.0	189.3	187.7	188.2	193.7	192.6
Consumos de medicamentos, material de curación y otros	9.6	8.1	7.1	6.8	5.7	6.7	9.6	8.2	7.8
Mantenimiento ^{2/}	34.4	30.1	50.5	39.9	46.3	36.9	46.2	57.8	67.3
Servicios generales y subrogación de servicios	50.5	48.0	46.0	38.2	33.8	39.6	43.0	40.2	46.7
Régimen de Jubilaciones y Pensiones	-3.4	-3.3	-3.2	-3.0	-2.9	-2.7	-2.5	-2.5	-2.3
Total de gasto corriente (4)	270.3	268.5	288.8	266.9	272.3	268.2	284.4	297.5	312.2
Otros									
Provisión de obligaciones contractuales	3.9	12.1	22.9	12.8	11.3	-	16.2	18.5	12.7
Intereses financieros	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Depreciaciones	5.0	7.1	6.0	5.3	4.7	4.1	7.3	7.9	7.1
Total de otros (5)	8.9	19.3	29.0	18.1	16.0	4.1	23.4	26.5	19.8
Total de gastos (6)=(4)+(5)	279.2	287.8	317.8	285.0	288.3	272.2	307.8	323.9	332.0
Resultado de operación (7)=(3)-(6)	-144.5	-142.3	-183.0	-167.9	-174.5	-151.1	-181.7	-192.5	-214.4
Resultado de ejercicios anteriores (8)	-	2.7	0.2	0.9	477.6	-8.5	-60.4	0.5	2.3
Resultado Total (9)=(7)-(8)	-144.5	-145.1	-183.2	-168.7	-652.2	-142.6	-121.3	-193.0	-216.7

^{1/}A partir de 2007 se contabiliza el impacto de los descuentos otorgados en los Centros Vacacionales. Estos descuentos comenzaron a regularse el 30 de abril de 2008 con la aprobación por parte del H. Consejo Técnico del IMSS de los "Lineamientos para el otorgamiento de descuentos"

^{2/}En 2012 no incluye 47.7 millones de pesos por concepto de conservación y mantenimiento del Parque Acuático Oaxtepec

Nota: No incluye el concepto ingresos PAO por tratarse de una cuenta por cobrar por los conceptos de: concesión, aforos, patrocinios, ventas brutas, recargos y actualizaciones del Parque Acuático Oaxtepec, misma que está sujeta a resolución judicial

Fuente: Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales, IMSS.

El cuadro VI.8 presenta los resultados financieros de cada Centro Vacacional en 2014. Del mismo se desprende que:

- i) De los ingresos de los Centros Vacacionales, 61.3% se capta en el Centro Vacacional Oaxtepec seguido por Atlixco-Metepec que participa con 22.7%, La Trinidad con 13.4% y Malintzi con 2.6%.
- ii) Del gasto corriente, 63.1% se concentra en Oaxtepec, 15.8% en Atlixco-Metepec, 16% en La Trinidad y 5.1% en Malintzi.
- iii) El Centro Vacacional Malintzi es el que se encuentra más cercano al punto de equilibrio, reflejando la menor pérdida que asciende a

12.9 millones de pesos, mientras que el Centro Vacacional Oaxtepec registra el mayor déficit con 143.3 millones de pesos; Atlixco-Metepec presentó un déficit de 25.4 millones de pesos y La Trinidad de 35.1 millones de pesos.

VI.7. Perspectiva financiera de los Centros Vacacionales, 2015-2020

La proyección de resultados financieros de los Centros Vacacionales en el periodo 2015-2020 se muestra en el cuadro VI.9, donde se ilustra que el déficit de operación proyectado podría alcanzar más de 230 millones de pesos en 2020, lo cual significa un aumento de 4.7% en comparación con 2014.

Cuadro VI.8.
Resumen financiero de cada Centro Vacacional en 2014
(millones de pesos de 2014)

Concepto	Oaxtepec	Metepec	Trinidad	Malintzi	Total
Ingresos					
Ingresos (1)	87.6	32.4	19.2	3.7	142.9
Descuentos (2)	-18.7	-4.7	-1.9	-0.1	-25.4
Ingresos netos (3)=(1)+(2)	68.9	27.7	17.4	3.6	117.6
Gasto corriente					
Servicios de personal	132.8	25.9	27.6	6.4	192.6
Consumos de medicamentos, material de curación y otros	4.4	2.1	0.9	0.4	7.8
Mantenimiento	35.1	15.3	10.1	6.9	67.3
Servicios generales y subrogación de servicios	26.3	6.5	11.6	2.3	46.7
Régimen de Jubilaciones y Pensiones	-1.6	-0.3	-0.3	-0.1	-2.3
Total de gasto corriente (4)	196.9	49.5	49.9	15.9	312.2
Otros					
Provisión obligaciones contractuales(8)	8.8	1.6	1.8	0.4	12.7
Intereses financieros	-	-	-	-	-
Depreciaciones	5.2	1.2	0.6	0.2	7.1
Total de otros (5)	14.0	2.8	2.4	0.6	19.8
Total de Gastos (6)=(4)+(5)	210.9	52	52	16	332.0
Resultado de Operación (7)=(3)-(6)	-142.0	-24.6	-34.9	-12.9	-214.4
Resultado de Ejercicios Anteriores (8)	1.3	0.8	0.2	0.02	2.3
Resultado Total (10)=(7)-(8)	-143.3	-25.4	-35.1	-12.9	-216.7

Fuente: Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales, IMSS

Cuadro VI.9.
Resumen financiero de los Centros Vacacionales de 2014 y proyección 2015-2020^{1/}
(millones de pesos de 2015)

Concepto	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Ingresos							
Ingresos (1)	147.9	154.2	158.2	162.2	166.4	170.7	175.1
Descuentos (2)	-26.3	-22.8	-19.5	-16.7	-14.2	-12.2	-10.4
Ingresos netos (3)=(1)+(2)	121.7	131.4	138.7	145.6	152.2	158.5	164.7
Gasto corriente							
Servicios de personal	199.4	201.6	209.2	214.1	219.7	225.4	231.4
Consumos de medicamentos, material de curación y otros	8.1	8.2	8.4	8.6	8.9	9.3	9.6
Mantenimiento	69.7	63.7	65.7	67.6	69.7	71.8	74.0
Servicios generales y subrogación de servicios	48.4	49.0	52.6	52.3	55.8	59.1	62.5
Régimen de Jubilaciones y Pensiones	-2.4	-2.6	-2.6	-2.7	-2.8	-2.9	-3.0
Total de gasto corriente (4)	323.1	319.9	333.3	339.9	351.3	362.7	374.4
Otros							
Provisión de obligaciones contractuales	13.1	13.3	13.8	14.1	14.5	14.9	15.3
Intereses financieros	-	-	-	-	-	-	-
Depreciaciones	7.4	7.4	7.4	7.4	7.4	7.4	7.4
Total de otros (5)	20.5	20.7	21.2	21.5	21.9	22.3	22.7
Total de gastos (6)=(4)+(5)	343.6	340.6	354.5	361.4	373.1	385.0	397.1
Resultado de operación (7)=(3)-(6)	-222.0	-209.2	-215.8	-215.9	-221.0	-226.4	-232.4
Resultado de ejercicios anteriores (8)	2.4						
Resultado Total (9)=(7)-(8)	-224.3	-211.6	-218.2	-218.2	-223.3	-228.8	-234.8

^{1/}No se incluye el concepto ingresos PAO por tratarse de una cuenta por cobrar por los conceptos de concesión, aforos, patrocinios, ventas brutas, recargos y actualizaciones del Parque Acuático Oaxtepec, misma que esta sujeta a resolución judicial.

Fuente: Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales, IMSS

Opciones de política

A principios de este año, el Presidente de la República instruyó a la titular de la Secretaría de Turismo, con la participación de los titulares del IMSS y el ISSSTE, a diseñar e implementar una gran estrategia de Turismo Social para que todos los mexicanos puedan conocer el país. Por ello, para 2015 el reto del Instituto es que los Centros Vacacionales vuelvan a ser referentes del Turismo Social en México, como lo eran hace algunos años. Lo anterior, a través de distintas estrategias de comercialización y promocionales para dar a conocer los servicios que ofrecen para el turismo familiar y de reuniones, y se buscará obtener ventas adicionales mediante la captación de viajes familiares, eventos de grupos y convenciones, sobre todo durante las temporadas de poca afluencia.

Para ello, el pasado mes de abril el H. Consejo Técnico del Instituto aprobó a la Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales, la emisión e implementación de nuevos lineamientos de cuotas y comercialización de los Centros Vacacionales, con los que se podrá aplicar tarifas diferenciadas de acuerdo con la época de ocupación –temporada alta y temporada baja– y se podrán suscribir convenios con operadoras de viajes para la colocación de los Centros Vacacionales mediante el pago de una comisión, así como firmar acuerdos comerciales y convenios de colaboración con entidades públicas y privadas, que permitirán acrecentar el flujo de visitantes, lo que permitirá también mejorar su situación financiera y su viabilidad en el mediano plazo.

Con ello, el IMSS se convertirá en pilar de la estrategia de Turismo Social ordenada por el Presidente de la República, para que las familias de bajos ingresos disfruten de los beneficios que estos centros recreativos ofrecen, mediante la aplicación de tarifas especiales, paquetes promocionales y programas financiados por el Gobierno Federal para que cada vez más mexicanos los visiten cada año.



Seguro de Salud para la Familia



El Artículo 240 de la Ley del Seguro Social señala que *“todas las familias de México tienen derecho a un seguro de salud para sus miembros y, para ese efecto, podrán celebrar con el Instituto Mexicano del Seguro Social un convenio para el otorgamiento de las prestaciones en especie del Seguro de Enfermedades y Maternidad, en los términos y condiciones que se establecen en su reglamento”*. Para este fin, desde la entrada en vigor de la Ley en 1997, el Seguro de Salud para la Familia ofrece una alternativa de aseguramiento de la salud de forma voluntaria a la población que no está afiliada a la seguridad social.

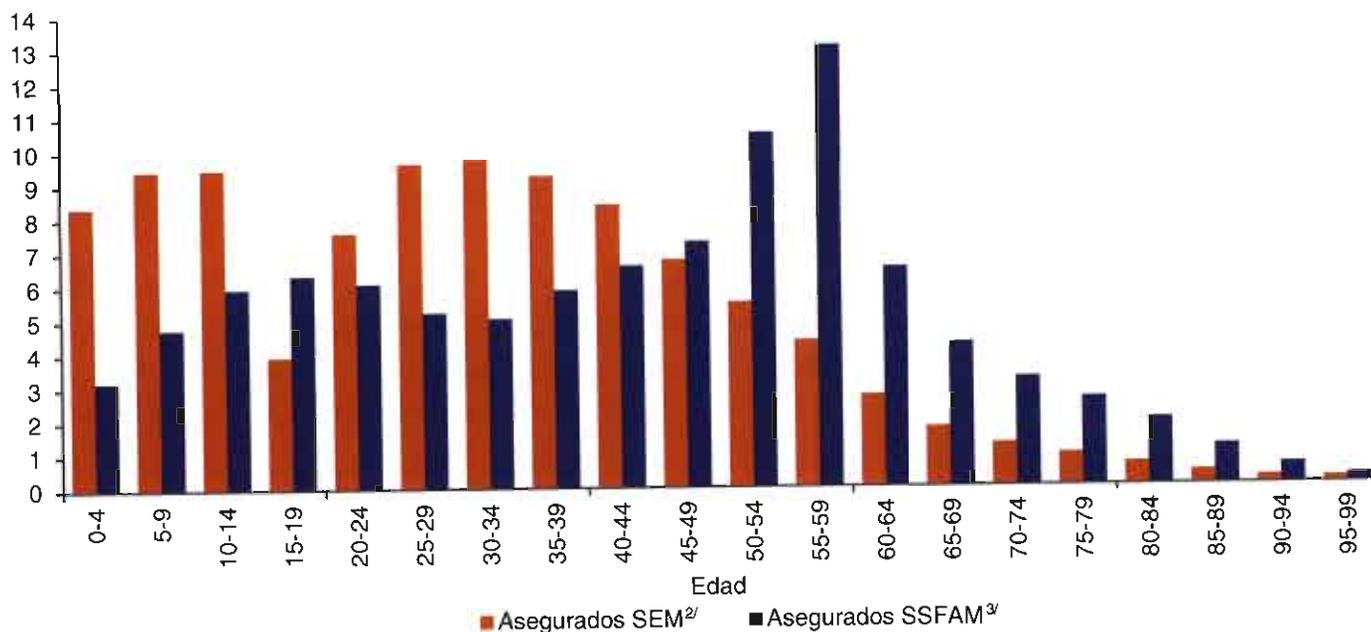
Este seguro tiene dos fuentes de financiamiento:

- i) Una cuota anual por parte de los asegurados, con base en el grupo de edad a que pertenecen.
- ii) Una aportación por parte del Gobierno Federal por familia, independientemente de la edad que tengan los asegurados⁹⁵.

Desde su inicio de operaciones en 1997 este seguro ha sido deficitario. Esto se debe principalmente a que las cuotas establecidas en el Artículo 242 de la Ley no fueron suficientes para cubrir el gasto de la atención médica. Asimismo, la actualización de las mismas se hizo con base en la variación del Índice Nacional de Precios al Consumidor, sin considerar otros elementos, tales como la transición demográfica y epidemiológica de la población asegurada.

⁹⁵ Artículo 242 de la Ley del Seguro Social

Gráfica VII.2.
Comparativo de la distribución de la población afiliada^{1/} al Seguro de Salud para la Familia respecto a la del Seguro de Enfermedades y Maternidad, en 2014
 (porcentaje)



^{1/} La población afiliada al Seguro de Enfermedades y Maternidad y al Seguro de Salud para la Familia corresponde a la población derechohabiente adscrita a unidad descontándole la población de pensionados y de sus familiares

^{2/} Seguro de Enfermedades y Maternidad.

^{3/} Seguro de Salud para la Familia.

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

VII.3. Cuotas de financiamiento

Con motivo de la reforma al Artículo 242 de la Ley del Seguro Social, realizada en diciembre de 2013, en la que se le otorgó al H. Consejo Técnico del IMSS la facultad de establecer las cuotas anuales que pagarán los asegurados voluntarios del Seguro de Salud para la Familia, en 2014, los ingresos por cuotas de este seguro se incrementaron en 11% real respecto al año anterior; sin embargo, debido a una reducción en el número de familias, la contribución del Gobierno Federal, que es con base en el número de familias y no en el número de asegurados, también se redujo; por lo que éste seguro observó un déficit mayor en 274 millones de pesos de 2014, respecto al registrado el año anterior.

Con el incremento de cuotas anuales de los asegurados al Seguro de Salud para la Familia, se reduce la velocidad de su deterioro financiero, ya que en años anteriores la tasa de crecimiento real de este deterioro era de 12.5% y en este año fue sólo de 4.3%.

Con esta reforma no sólo se busca dar certidumbre al Instituto de que contará con los recursos suficientes para financiar los servicios que otorgará a sus asegurados, sino que se ampliará la cobertura al facilitar la incorporación de grupos, individuos o familias que no tienen una relación obrero-patronal.

Las cuotas aplicables en el ejercicio 2015 se comparan con las cuotas que se pagaron en el ejercicio anterior, así como con el gasto por asegurado en el Seguro de Enfermedades y Maternidad, el gasto por

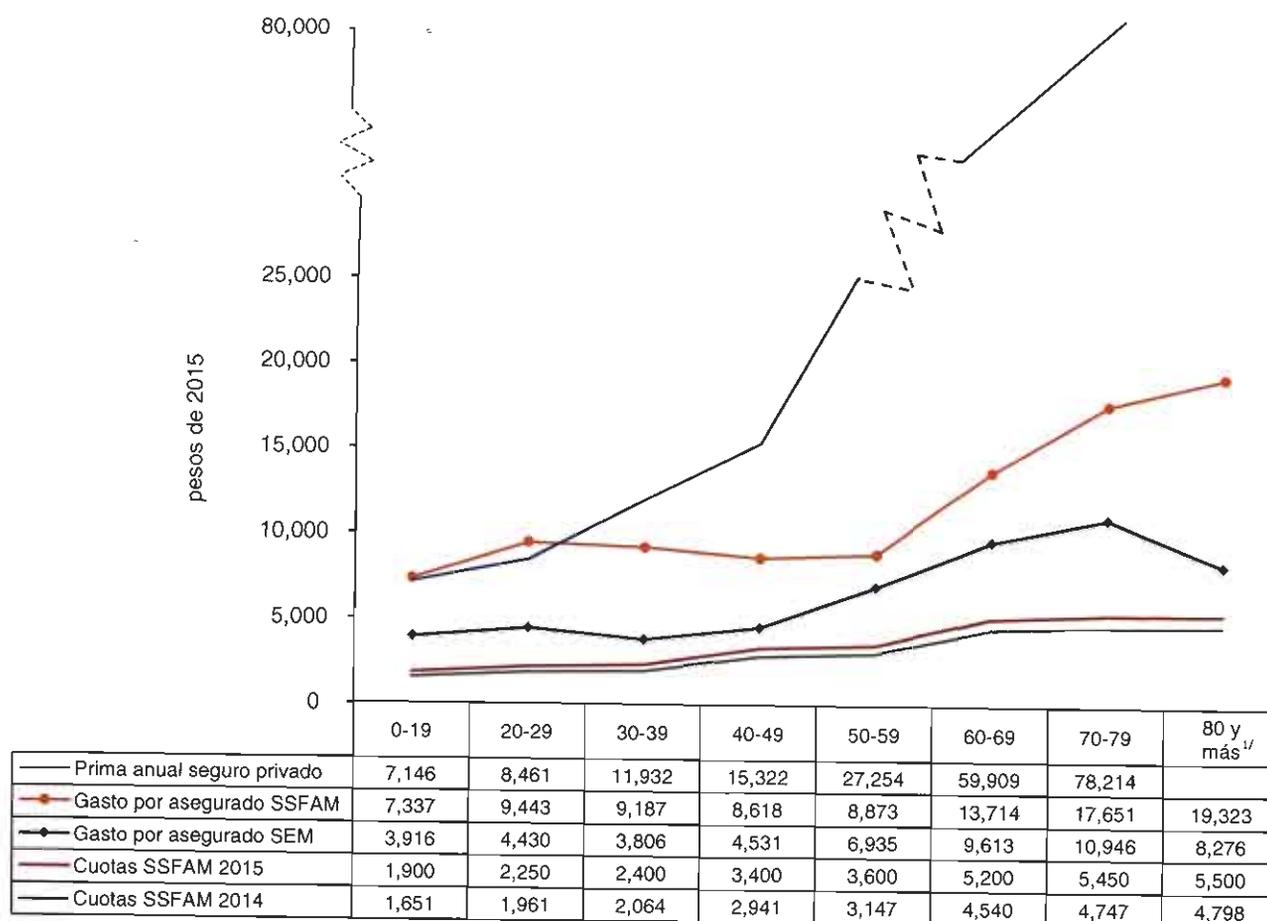
asegurado en el Seguro de Salud para la Familia y las primas anuales que se cobran en un seguro privado de gastos médicos mayores (gráfica VII.3).⁹⁷

Aún con el ajuste en las cuotas del Seguro de Salud para la Familia respecto a las cuotas de 2014⁹⁸, éstas continúan por debajo del gasto promedio por asegurado. En edades avanzadas el gasto llega a

ser hasta de 4 veces la cuota. Asimismo, el gasto por asegurado del Seguro de Salud para la Familia es superior al correspondiente al Seguro de Enfermedades y Maternidad, lo cual es un indicador de la selección adversa antes señalada.

De manera ilustrativa se muestra también la comparación de estas cuotas con la prima anual de un

Gráfica VII.3.
Cuotas anuales y gasto por asegurado en los seguros de Salud para la Familia, de Enfermedades y Maternidad y en un esquema de aseguramiento privado



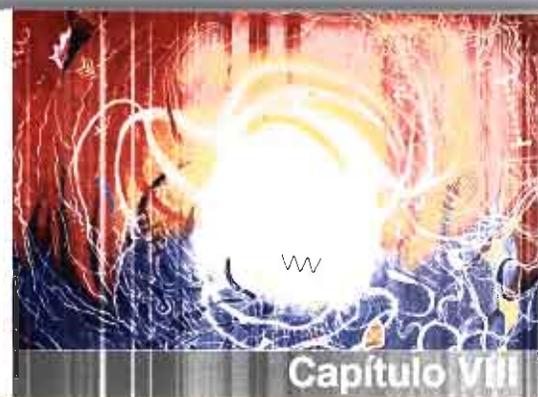
^{1/} Los esquemas de aseguramiento privado no contemplan grupos mayores a 80 años
Fuentes: Dirección de Finanzas, IMSS; Diario Oficial de la Federación; Sector Asegurador

⁹⁷ Las primas de los seguros privados son ilustrativas y representan un promedio. Pueden variar de forma significativa por la aplicación de deducibles, coaseguro y sumas aseguradas

⁹⁸ Actualizadas a pesos de 2015 con la variación del Índice Nacional de Precios al Consumidor

seguro privado. En edades jóvenes esta prima puede ser de 4 veces la cuota del Seguro de Salud para la Familia, y en edades mayores puede ser de hasta 15 veces, con la diferencia adicional de que en el seguro privado se aplican sumas aseguradas máximas, deducibles y coaseguros y en el Seguro de Salud para la Familia no. De tal forma que aún con el incremento a las cuotas en 2015, este seguro sigue siendo una buena opción para las familias que no cuentan con seguridad social.

Programa IMSS-PROSPERA



En este capítulo se presentan los procesos a los que se ha dado énfasis en IMSS-PROSPERA durante la presente Administración y el crecimiento alcanzado en su cobertura e infraestructura en un contexto de recursos limitados para inversión y una asignación presupuestal inercial para enfrentar la operación del Programa. Se destacan las ventajas de la colaboración con el IMSS en su Régimen Ordinario y las acciones para sumar a IMSS-PROSPERA a la construcción del Sistema Universal de Salud, reflejadas en un intenso trabajo interinstitucional y en la meta para fortalecer al Programa como prestador de servicios del Seguro Popular que aporte a su sustentabilidad financiera y de garantías de calidad y seguridad a los pacientes.

Destacan los resultados obtenidos a través del Modelo de Atención Integral a la Salud mediante el trabajo conjunto de los equipos de salud y la red comunitaria del Programa: las tendencias descendentes en las tasas de mortalidad de niños e infantes y en la tasa de mortalidad materna que apuntala al cumplimiento de la Meta del Milenio por parte del Programa. También se enfatizan las acciones emprendidas para atender los efectos de la transición epidemiológica: el abatimiento de las enfermedades propias de la pobreza prevalentes en el ámbito de IMSS-PROSPERA y el reto de enfrentar los efectos de los padecimientos crónico-degenerativos.

VIII.1. Antecedentes históricos

Creado hace más de 35 años por el Gobierno Federal y administrado por el Instituto Mexicano del Seguro Social, IMSS-PROSPERA es un Programa que proporciona servicios de salud a los mexicanos que carecen de acceso a los sistemas de seguridad social en comunidades marginadas de nuestro país. Su inclusión en la estructura del IMSS, le ha proporcionado el respaldo y la asistencia técnico-administrativa para fortalecer su capacidad operativa en el territorio nacional y lograr impactos favorables en la salud de los grupos más vulnerables, lo que representa la posibilidad de lograr sinergias y economías de escala en términos de recursos humanos, materiales y procesos administrativos.

El origen del Programa respondió a la preocupación del Estado mexicano por ampliar los servicios de salud a la población no asalariada, aplicando un enfoque de cooperación entre gobierno y sociedad, por lo cual se retomó la práctica de solidaridad social vigente en los pueblos indígenas y campesinos para involucrar y hacer partícipe a la comunidad en el cuidado de su propio bienestar físico. Su primer antecedente se remonta a 1973, cuando se reforma la Ley del Seguro Social para facultar al IMSS a extender su acción a grupos de población sin capacidad contributiva, en condiciones de pobreza y marginación extremas. Derivado de esta reforma, en 1974 se instrumenta el Programa Nacional de Solidaridad Social en el que se establece que, como retribución por el acceso a los servicios, los beneficiarios realizarían aportaciones en efectivo, o bien, trabajos personales en favor de sus propias comunidades.

En 1977 el Ejecutivo Federal crea la Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados (Coplamar) como parte de una política integral para atender la pobreza. Con el objetivo de acelerar la ampliación de cobertura en salud a las zonas marginadas de México y aprovechar la experiencia adquirida por el IMSS, en 1979 la Presidencia de la República suscribe con éste un convenio de coordinación para el establecimiento de servicios de solidaridad social que derivará en el Programa IMSS-Coplamar. En 1983 se decreta la desaparición de Coplamar asignando al IMSS la administración total del Programa IMSS-Coplamar. Con la creación del Programa Nacional de Solidaridad (Pronasol), en el periodo 1988-1994, el Gobierno Federal retorna a una política de combate a la pobreza extrema en todo el país, lo que propicia el cambio de denominación del Programa IMSS-Coplamar, por IMSS-Solidaridad y el impulso por parte del Programa Nacional de Solidaridad, de la ampliación de servicios de salud a más localidades marginadas. Esta trayectoria es evidencia de la estrecha colaboración de IMSS-PROSPERA con las políticas transversales del Gobierno Federal en materia de combate a la pobreza, lo que ha determinado su evolución y los cambios en su denominación; la más reciente ocurrida en septiembre de 2014, cuando derivado de la transformación del hasta entonces llamado Programa de Desarrollo Humano Oportunidades⁹⁹, se autoriza la identificación del Programa con el nombre de IMSS-PROSPERA.

⁹⁹ El 5 de septiembre de 2014 fue publicado en el Diario Oficial de la Federación (DOF) el Decreto por el que se crea la Coordinación Nacional de PROSPERA Programa de Inclusión Social, cuyos artículos segundo y tercero transitorios abrogan los diversos por los que se crea y se reforma la Coordinación Nacional del Programa de Educación, Salud y Alimentación como órgano desconcentrado de la Secretaría de Desarrollo Social, publicados en el Diario Oficial de la Federación el 8 de agosto de 1997 y 6 de marzo de 2002, respectivamente.

VIII.2. Cobertura

El Programa tiene presencia en 27 entidades con una cobertura de 11.6 millones de personas que residen en 20,223 localidades —7% del nacional— pertenecientes a 1,472 municipios —60% del nacional—. De esta población 3.9 millones de personas se localizan en comunidades predominantemente indígenas y 7.6 millones habitan en municipios de la Cruzada Nacional contra el Hambre.

La atención que otorga IMSS-PROSPERA se sustenta en el Modelo de Atención Integral a la Salud, que se distingue por impulsar la participación activa de las comunidades beneficiarias para mejorar la salud en los entornos individual, familiar y colectivo, lo que refuerza la atención preventiva y curativa proporcionada por el personal de salud. Esta pluralidad se refleja en los recursos de los que el Programa dispone para otorgar sus servicios:

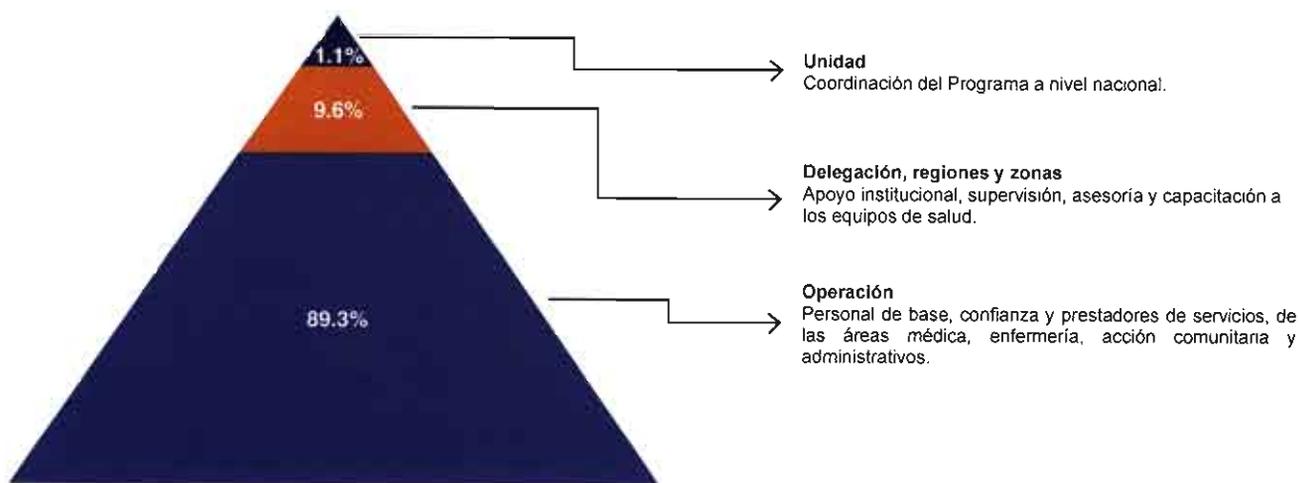
- Una red de más de 24 mil trabajadores, de los cuales casi 90% es personal médico, de enfermería, de acciones comunitarias y administrativos (gráfica VIII.1).

- Una red comunitaria conformada por cerca de 300 mil personas, entre parteras, voluntarios de salud, agentes comunitarios e integrantes de Comités de Salud.
- Más de 4 mil unidades médicas de primer y segundo niveles de atención (gráfica VIII.2).
- 67 albergues comunitarios ubicados en las inmediaciones de Hospitales Rurales, en donde se proporciona alimentación, hospedaje y actividades que fomentan el cuidado de la salud.

Al cierre de 2014 se destacan las siguientes incorporaciones en infraestructura:

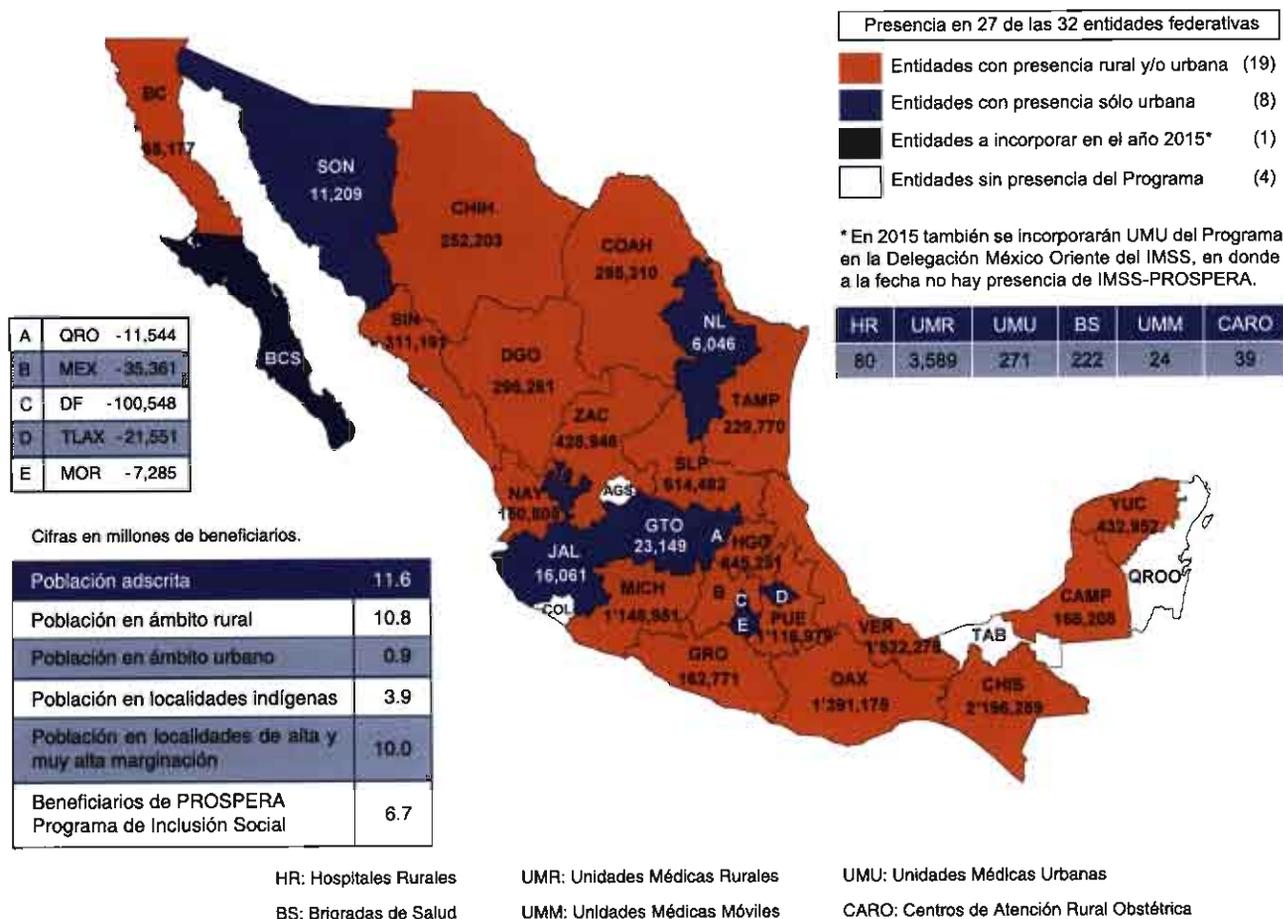
- Nuevo Hospital Rural Santa Catarina de Axtla de Terrazas, operado originalmente por los servicios de salud del Estado de San Luis Potosí, y donado al IMSS en septiembre de 2014. El otorgamiento de servicios en esta unidad iniciará durante el año 2015.
- Inclusión de la figura de Unidades Médicas Móviles para ampliar la cobertura de atención a zonas altamente marginadas, preferentemente indígenas, con escaso o nulo acceso a servicios

Gráfica VIII.1.
Organización de los recursos humanos en IMSS-PROSPERA



Fuente: Unidad del Programa IMSS-PROSPERA

Gráfica VIII.2.
Organización de los recursos humanos en IMSS-PROSPERA



Fuente. Unidad del Programa IMSS-PROSPERA.

de salud. Estas unidades equiparan sus servicios a los de una Unidad Médica Rural y son atendidas por personal profesionalizado.

- 46 unidades médicas para atender a nuevas familias asignadas por PROSPERA Programa de Inclusión Social¹⁰⁰, que significan el ingreso del Programa a las delegaciones del IMSS en Baja California Sur y México Oriente, donde se carecía de presencia, y la extensión de servicios en Guerrero.

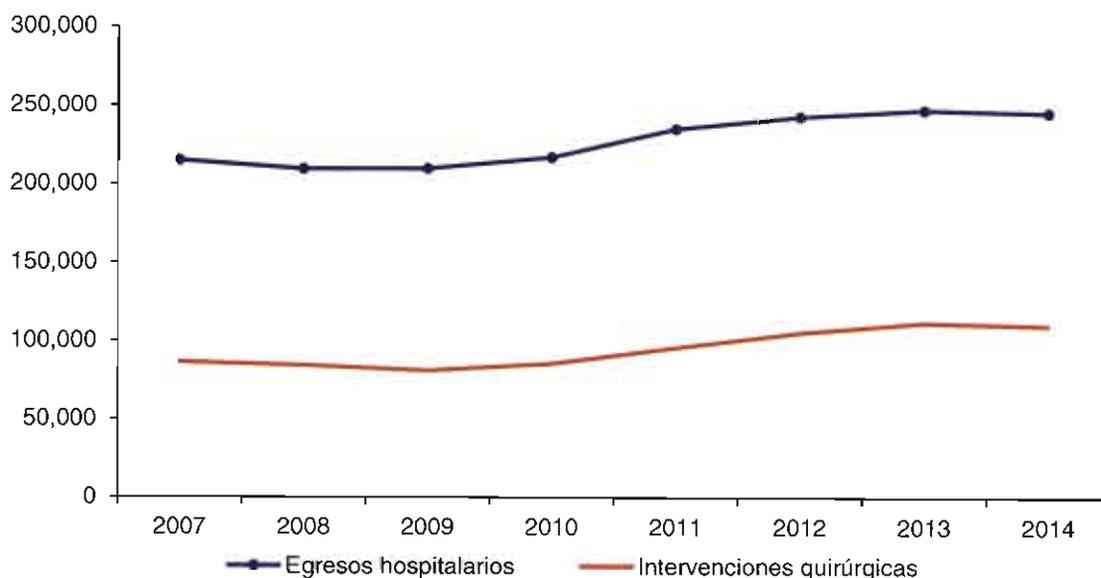
En 2014, con el apoyo de la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas, se inició un proceso de fortalecimiento a la infraestructura destinada a este sector de la población, que incluyó la adquisición

de 30 Unidades Médicas Móviles, la construcción de 3 nuevas Unidades Médicas Rurales con Centro de Atención Rural al Adolescente, 5 más con Centro de Atención Rural Obstétrica y un Albergue Comunitario. Con recursos propios IMSS-PROSPERA inició la construcción de dos Unidades Médicas Rurales con Centro de Atención Rural al Adolescente.

La capacidad de respuesta del Programa se observa en los resultados de productividad descritos en la gráfica VIII.3. Del total de consultas, 81% fue otorgado en Unidades Médicas Rurales y Urbanas, y 19% en Hospitales Rurales, lo que confirma la vocación de servicio enfocado a la atención primaria en salud.

¹⁰⁰ La formalización de algunas de estas unidades tendrá lugar en 2015

Gráfica VIII.3.
Egresos hospitalarios e intervenciones quirúrgicas, 2007-2014



Fuente: Sistema de Información en Salud para Población Adscrita, 2007-2014.

Durante 2014 el padrón de beneficiarios del Programa fue sujeto a confrontas a través del Sistema Institucional de Información de Padrones y Programas Gubernamentales, lo que permitió identificar que 71.4% de los beneficiarios (8.3 millones de personas) cuenta con Clave Única de Registro de Población (CURP), y 40% con afiliación al Seguro Popular y PROSPERA Programa de Inclusión Social, respectivamente. Estas confrontas facilitan la identificación de la población atendida en otros programas y sistemas de aseguramiento, lo que ha posibilitado la portabilidad del servicio y eventualmente el traspaso de recursos por concepto de la atención proporcionada.

VIII.3. Financiamiento y capital humano del Programa

El Programa IMSS-PROSPERA está sujeto a reglas de operación y su financiamiento proviene fundamentalmente de dos fuentes: Ramo 19 Aportaciones a Seguridad Social transferido como subsidio por el Gobierno Federal, a partir de la aprobación anual

efectuado en la Cámara de Diputados y plasmada en el Presupuesto de Egresos de la Federación, y Ramo 12 Salud con recursos transferidos por la Comisión Nacional de Protección Social en Salud para apoyar el otorgamiento del componente Salud a los beneficiarios de PROSPERA Programa de Inclusión Social (antes Programa de Desarrollo Humano Oportunidades).

Los recursos totales recibidos en 2014 ascendieron a 10,712.6 millones de pesos (cuadro VIII.1).

Cuadro VIII.1.
Presupuesto original 2014
(millones de pesos)

Concepto	Importe
Ramo 19	9,319.3
Ramo 12	1,084.3
Convenios con los Servicios Estatales de Salud (Seguro Popular)	
Oaxaca	29.2
Chiapas	100.0
Convenios con la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas	159.1
	16.8
Convenio con la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, relativo al Seguro Médico Siglo XXI	4.0
Total	10,712.6

Fuente: Unidad del Programa IMSS-PROSPERA

Conforme a las modificaciones y adecuaciones presupuestales que se llevaron a cabo durante dicho periodo (cuadro VIII.2), 65% de los recursos totales se destinó al capítulo de servicios personales, mientras que al capítulo de consumo de bienes se ejerció 19% del total del presupuesto, del cual la mayor parte se utilizó para afrontar el gasto en medicamentos, vacunas y material de curación. El capítulo de conservación contó con 3% del presupuesto y el de servicios generales representó 10%. Con las cifras antes mencionadas se alcanzó 99.9% de ejercicio presupuestal. Esto se traduce en que 87% del presupuesto se ejerce en la atención directa de los beneficiarios y 11% a servicios indispensables para la operación, por lo que sólo es posible destinar menos de 2% para inversión (gráfica VIII.4), monto que en 2014 provino en su mayoría de convenios con otras instituciones. Como se observa en la gráfica VIII.5, el incremento real al presupuesto asignado al Programa a través del Ramo 19 en los últimos tres años, ha sido menor o apenas superior a la inflación, siendo también inferior al incremento contractual de servicios de personal que para 2014 representó 65% del gasto.

A diciembre de 2014 el Programa contó con 24,553 trabajadores (cuadro VIII.3). Destaca la baja proporción del personal administrativo en la plantilla, es decir, menos de 10% del total del personal realiza funciones no sustantivas; este factor se explica por la no duplicidad de puestos de trabajo en las delegaciones donde opera el Programa, ya que gran parte de las funciones administrativas se realiza con el apoyo del personal del Régimen Ordinario del IMSS.

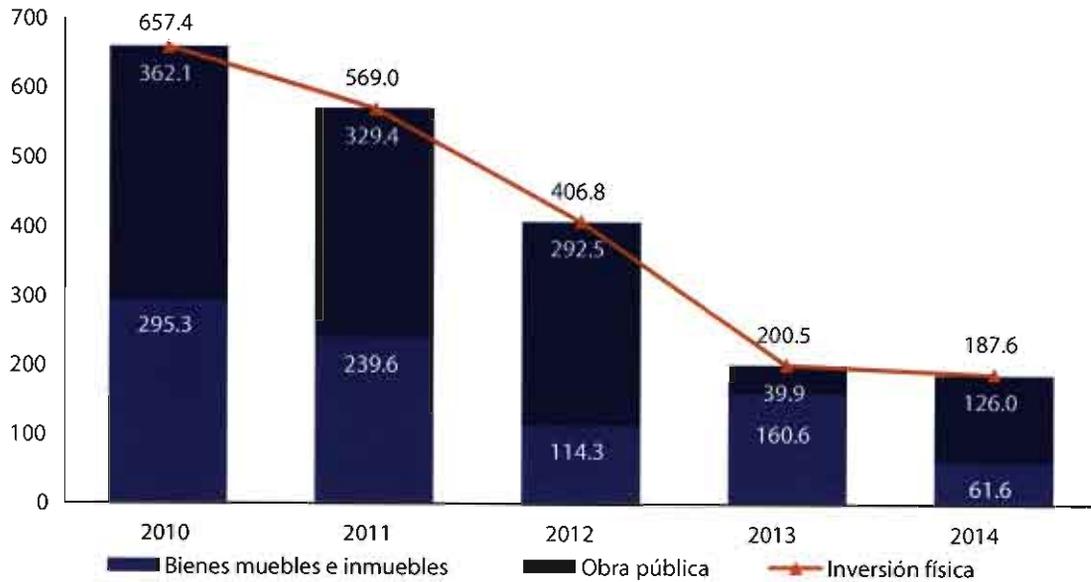
La característica de IMSS-PROSPERA en el ámbito de servicios personales es la participación de becarios y residentes provenientes del propio Instituto en su último año de adiestramiento. Esto se considera un acierto técnico, porque permite la integración de múltiples disciplinas en un equipo de trabajo, y financiero, porque disminuye los costos de operación, ofrece la posibilidad de proporcionar capacitación en servicio a profesionistas que en fechas cercanas se integrarán al trabajo de la institución, además de asegurar la presencia de personal médico calificado en los Hospitales Rurales.

Cuadro VIII.2.
Presupuesto ejercido 2010-2014
(millones de pesos)

Concepto	2010	2011	2012	2013	2014
Servicios de personal	5,048.4	5,685.1	6,292.5	6,698.1	6,975.0
Consumo de bienes	1,505.5	1,538.5	1,909.0	2,034.0	2,072.3
Servicios generales ^{1/}	547.7	634.2	833.3	839.9	1,147.7
Conservación	212.8	277.3	273.2	325.1	322.5
Gasto corriente	7,314.4	8,135.1	9,308.0	9,897.1	10,517.5
Bienes muebles e inmuebles	295.3	239.6	114.3	160.6	61.6
Obra pública	362.1	329.4	292.5	39.9	126.0
Inversión física	657.4	569.0	406.8	200.5	187.6
Total	7,971.8	8,704.1	9,714.8	10,097.6	10,705.1

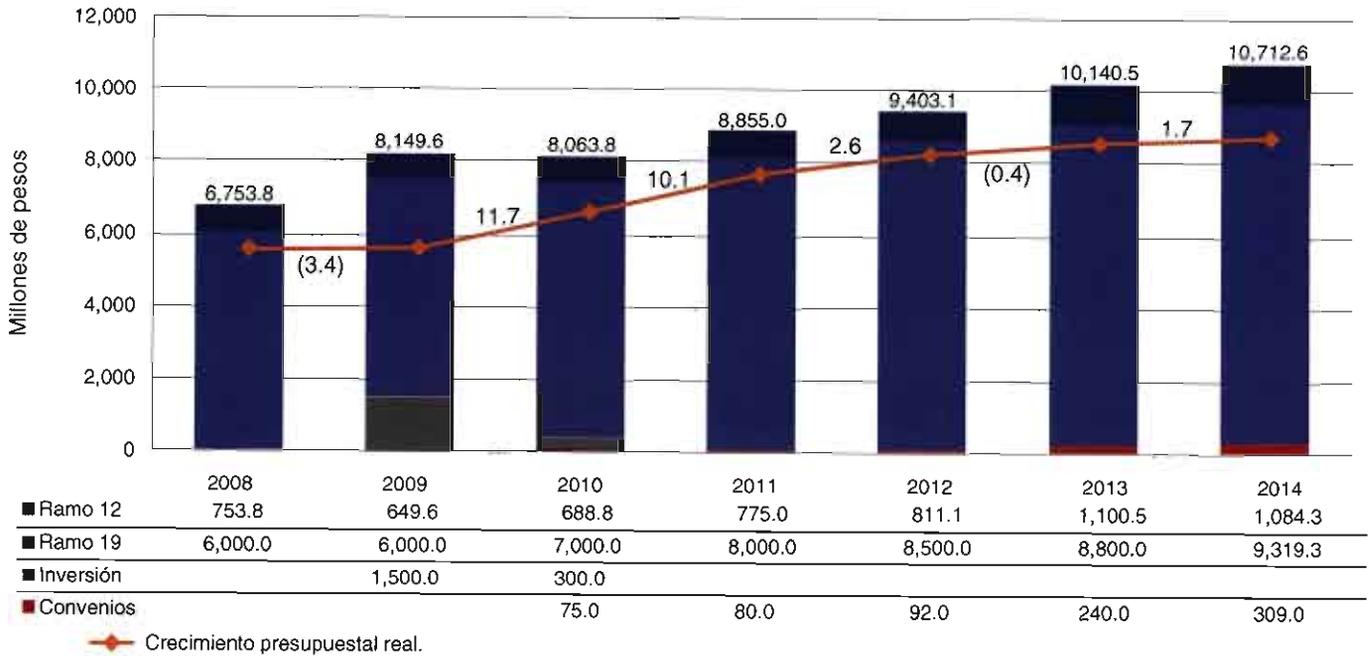
^{1/} Incluye la prestación y compensación de servicios de salud entre instituciones públicas
Fuente: Unidad del Programa IMSS-PROSPERA.

Gráfica VIII.4.
Inversión física 2010-2014
(millones de pesos)



Fuente: Unidad del Programa IMSS-PROSPERA.

Gráfica VIII.5.
Presupuesto 2008-2014
(millones de pesos corrientes)



Fuente: Unidad del Programa IMSS-PROSPERA

**Cuadro VIII.3.
Plantilla de personal a diciembre de 2014**

Disciplina	Plazas	Porcentaje
Médicos	5,964	24.3
Enfermeras	11,434	46.6
Paramédicos	981	4.0
Administrativos	2,080	8.5
Servicios generales	3,369	13.7
Acción Comunitaria	725	3.0
Total	24,553	100.0

Fuente: Sistema Integral de Administración de Personal, quincena 24/2014

Acorde con la estrategia instrumentada en el Instituto para fortalecer el vínculo entre atención médica y formación de capital humano destinada a mejorar la calidad de la salud, IMSS-PROSPERA se ha planteado el desarrollo de las competencias de su personal. Lo anterior cobra relevancia al considerar las condiciones de dispersión y lejanía geográfica que limitan el reclutamiento de especialistas en las unidades médicas de IMSS-PROSPERA.

Con el propósito de fortalecer la capacidad resolutive de sus hospitales, el Programa organiza de manera conjunta con la Coordinación de Educación en Salud del IMSS, el Sindicato Nacional de Trabajadores del Seguro Social y el respaldo académico del Instituto Politécnico Nacional el curso de posgrado para la formación de especialistas para los Servicios Rurales de Salud. En 2014 inició la sexta generación para la cual se ofertaron 85 becas: 60 de ellas para médicos de base y, por primera vez, 25 para personal médico de confianza, siendo cubiertas un total de 74. A la fecha se han conformado cinco generaciones, la tercera de las cuales concluyó en 2014 con 83 egresados, lo que ha significado la integración de 285 médicos especialistas a 37 unidades hospitalarias de IMSS-PROSPERA para cubrir todos los turnos.

VIII.4. Portabilidad de los servicios y vinculación interinstitucional

El Programa IMSS-PROSPERA establece sinergias con otras instituciones y órdenes de gobierno, con la finalidad de promover la portabilidad y convergencia de sus servicios. Como integrante del Sistema de Protección Social en Salud, desde 2013 este Programa ha fortalecido su desempeño en su calidad de prestador de servicios para la población inscrita en el Seguro Popular con los siguientes avances:

i) Renovación de vigencia de convenios con la Comisión Nacional de Protección Social en Salud:

- Seguro Popular en Chiapas y Oaxaca, para la prestación de servicios a las personas afiliadas a dicho sistema que son asignadas a las unidades médicas de IMSS-PROSPERA en esas entidades.
- Seguro Médico Siglo XXI para el reembolso de recursos por las intervenciones en salud proporcionadas a menores de cinco años en Hospitales Rurales acreditados. En 2014 este Seguro se comenzó a aplicar en 48 hospitales acreditados con la atención a 736 pacientes, lo que significa la posibilidad de recuperar 23 millones 467 pesos; de estos, 4 millones fueron entregados a IMSS-PROSPERA en el ejercicio fiscal 2014.

ii) Impulso a la acreditación con la garantía de calidad en las unidades médicas de IMSS-PROSPERA lo que permitirá avanzar en el papel de este Programa como un prestador de servicios al Seguro Popular. Se logró la acreditación de 21 Hospitales Rurales y 103 Unidades Médicas Rurales, que junto con los avances obtenidos en 2013, suman un total de 171 establecimientos acreditados. Esto representa un progreso de 86% en unidades hospitalarias y de 2.9% en Unidades Médicas Rurales.

iii) Voz de los ciudadanos. Al representar la participación de las comunidades un rasgo distintivo en el otorgamiento de servicios integrales de salud en IMSS-PROSPERA, en la actual Administración el Programa impulsó la atención a la voz y opinión de su población usuaria a través de la incorporación de proyectos como el Aval Ciudadano. Este mecanismo promueve la participación de los beneficiarios para verificar y dar seguimiento a los servicios y apoyos que se reciben a través del Programa, a fin de que éstos se proporcionen con oportunidad y calidad. La figura del Aval se constituye en el enlace entre las unidades de atención médica y los usuarios de los servicios de salud; a diciembre de 2014 se instalaron 2,509, lo que representa una cobertura de 86% en los Hospitales y Unidades Médicas Rurales. Con apoyo de los propios Avaes Ciudadanos, en 2014 la Unidad del Programa aplicó la Encuesta sobre Surtimiento de Medicamentos en 249 Unidades Médicas Rurales de IMSS-PROSPERA susceptibles de ser acreditadas con la garantía de calidad que otorga la Secretaría de Salud, con un margen de confianza de 95%. Entre los resultados obtenidos destaca que en materia de prescripción 97 de cada 100 usuarios que asisten a consulta a las Unidades Médicas Rurales reciben una receta, y en materia de surtimiento, 84 de cada 100 recetas son surtidas en su totalidad.

iv) Promoción de afiliación al Seguro Popular, para que en las unidades médicas del Programa se impulse la incorporación de los beneficiarios de IMSS-PROSPERA a dicho esquema de aseguramiento. La población usuaria del Programa que se encuentra afiliada al Seguro Popular creció de 5.2 a 5.4 millones de personas (cuadro VIII.4).

Cuadro VIII.4.
Consultas otorgadas a población con Seguro Popular
(cifras en millones)

Concepto	2010	2011	2012	2013	2014
Beneficiarios	0.5	1.4	1.8	5.2	5.4
Consultas otorgadas	1.1	2.6	3.5	4.3	5.7

Fuente: Unidad del Programa IMSS-PROSPERA.

En el carácter de prestador de servicios a otras instituciones del Sector Salud, también se suscribió el Convenio de Colaboración para el Intercambio de Servicios de Atención Médica con el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), cuyo objeto es que a través de los hospitales del Programa en Oaxaca se atienda a los derechohabientes de esa institución, en las localidades donde ésta no cuente con infraestructura.

Otro ámbito de colaboración sustantiva es el que se mantiene con las Secretarías de Desarrollo Social (SEDESOL) y de Salud para otorgar las intervenciones del Componente Salud a aproximadamente 1.6 millones de familias beneficiarias de PROSPERA Programa de Inclusión Social, quienes deben dar cumplimiento a los esquemas de corresponsabilidad –entre ellos, el de salud– a efecto de mejorar sus condiciones de vida. Derivado de que PROSPERA Programa de Inclusión Social asignó a IMSS-PROSPERA la atención de 126 mil nuevas familias para otorgarles el Componente Salud, en 2014 comenzaron a operar 46 nuevas unidades médicas que darán cobertura a casi la mitad de dicha población.

La sinergia con la Secretaría de Desarrollo Social, también se ha fortalecido con la participación de IMSS-PROSPERA en la Cruzada Nacional contra el Hambre, en donde el Programa suma su apoyo a la población con rezagos en materia de nutrición y de acceso a servicios de salud, con la infraestructura

existente en 675 de los 1,012 municipios que abarca la Cruzada (cobertura de 66.7%). Como apoyo a dicha estrategia y derivado de la elevada vulnerabilidad a que están sujetos los adultos mayores, asociada con las características de marginación y pobreza imperantes en las comunidades que atiende IMSS-PROSPERA, en 2014 comenzó a operar el proyecto Nutrición al Adulto Mayor, cuyo propósito es elaborar un diagnóstico de la problemática que aqueja a este sector de la población y, con base en ello, orientar las acciones de salud del Programa tendientes a mejorar su calidad de vida. En apoyo a este proyecto se está conformando la denominada red comunitaria de Cuidadores de Adultos Mayores (REDCAM), mediante la cual un adolescente se compromete a dar acompañamiento a un adulto mayor para mejorar su alimentación y sus actividades físicas y recreativas. Al cierre de 2014 se integraron 1,963 beneficiarios, quienes reciben atención para el diagnóstico de salud, son derivados a la unidad médica en caso necesario y son monitoreados por un adolescente.

Debido a la proporción importante de población indígena que atiende IMSS-PROSPERA, una línea de trabajo a la que se ha dado particular énfasis es la cobertura con infraestructura a este sector. Derivado del convenio de coordinación celebrado con la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas, durante 2014 dicha Comisión aportó 175.8 millones de pesos para nueva infraestructura destinada a regiones con población mayoritariamente indígena y cuya operación corre a cargo de IMSS-PROSPERA (cuadro VIII.5). Mediante las Unidades Médicas Móviles se prevé acercar servicios de primer nivel de atención a casi 130 mil indígenas, en 42 municipios y 265 localidades. También como parte del fortalecimiento a la prestación de servicios para la población indígena, se dio continuidad al despliegue del Enfoque Intercultural en Salud con capacitación a aproximadamente 6,000 trabajadores, y se elaboró el Censo para conformar el Catálogo Nacional de Médicos Tradicionales con el registro de 2,364 personas.

Cuadro VIII.5.
Infraestructura financiada con recursos de la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas 2014

Delegación IMSS	Tipo de infraestructura				Subtotal por Delegación
	UMR con CARA ^{1/}	UMR con CARO ^{2/}	Unidad Médica Móvil	Albergue Comunitario	
Chiapas	-	-	2	-	2
Chihuahua	-	-	-	1	1
Guerrero	-	3	10	-	13
Hidalgo	2	-	4	-	6
Michoacán	1	1	10	-	12
Puebla	-	-	2	-	2
San Luis Potosí	-	1	2	-	3
Total	3	5	30	1	39

^{1/} CARA: Centro de Atención Rural al Adolescente

^{2/} CARO: Centro de Atención Rural Obstétrica.

Fuente: Unidad del Programa IMSS-PROSPERA

En materia de coordinación con otros órdenes de gobierno, destaca la colaboración con los municipios cubiertos por IMSS-PROSPERA, a través de la suscripción de convenios de corresponsabilidad. En 2014 se firmaron 128 de estos instrumentos jurídicos (8.7% del total de municipios cubiertos) que se traducen en el compromiso de los ayuntamientos para aportar recursos municipales destinados principalmente a: i) apoyar el traslado de embarazadas a unidades hospitalarias de IMSS-PROSPERA y con ello contribuir al abatimiento de casos de muerte materna; ii) mejorar la infraestructura local (drenaje y abasto de agua potable) y el saneamiento ambiental, lo que representa la eliminación de riesgos y enfermedades potenciales, y iii) mejorar la infraestructura médica y albergues comunitarios del Programa, con lo cual se fortalecen las condiciones de calidad y seguridad en los servicios.

IMSS-PROSPERA continuará fortaleciendo su identidad con la finalidad de aportar a la construcción de un sistema universal de salud en el que quede inscrita la población que más lo necesita. En ese sentido, seguirá trabajando en la convergencia con otros esquemas de salud, para lo cual fortalece su Padrón de Beneficiarios con la obtención de claves de identidad y reconocimiento de la población atendida que permitan efectuar cruces con otros padrones gubernamentales, favorecer la convergencia de servicios y la recuperación de costos.

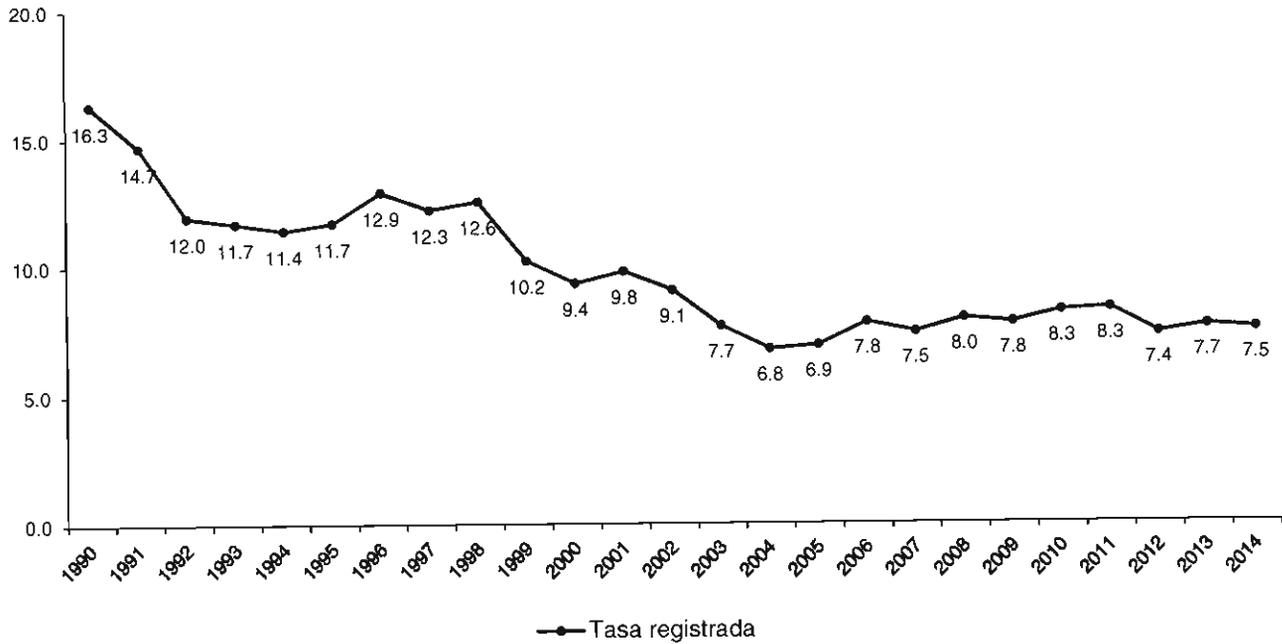
Las alianzas en salud seguirán siendo línea central de trabajo para IMSS-PROSPERA, lo que le ha permitido realizar sinergias en favor de su población objetivo, garantizar la sustentabilidad financiera y ampliar la cobertura en las zonas geográficas que más lo necesitan, particularmente en las regiones indígenas. Por ello, se buscará incrementar el número de familias que se atienden de PROSPERA Programa de Inclusión Social, para

mantenerse como el prestador más importante de servicios. También se renovarán los convenios existentes con el Seguro Popular y se ampliarán a otras entidades federativas, con la finalidad de recibir la contraprestación por los servicios otorgados a sus afiliados; un énfasis especial se dará a la atención de menores de 5 años en el marco del convenio suscrito con el Seguro Médico Siglo XXI, con lo que se espera alcanzar una cobertura de 90% en los hospitales del Programa. Con los gobiernos estatales y municipios se continuarán suscribiendo alianzas que favorezcan la mejora de infraestructura y servicios que inciden en la salud de la población y la colaboración para la mejora y conservación de nuestras unidades médicas. También se continuará contribuyendo al logro de los objetivos planteados en estrategias federales transversales como la Cruzada Nacional contra el Hambre y el Programa Nacional para la Igualdad de Oportunidades y No Discriminación contra las Mujeres 2013-2018 (PROIGUALDAD). Paralelamente, se continuará el proceso de acreditación y certificación que ha permitido dignificar a nuestros establecimientos médicos e incorporarlos a las pautas de operación marcadas por el Sector Salud.

VIII.5. Servicios integrales de salud

A lo largo de casi cuatro décadas de trabajo ininterrumpido IMSS-PROSPERA ha demostrado ser el Programa del Gobierno Federal con más probada experiencia en la atención a la salud de las comunidades marginadas e indígenas de nuestro país. No obstante los cambios en su denominación, ha logrado mantener su concepción original de trabajo: una vinculación directa con la población a la que atiende a través de la conformación de estructuras de apoyo y alianzas con voluntarios de salud provenientes de la propia comunidad, y un modelo de salud centrado en la atención primaria con un fuerte soporte en el primer nivel de atención.

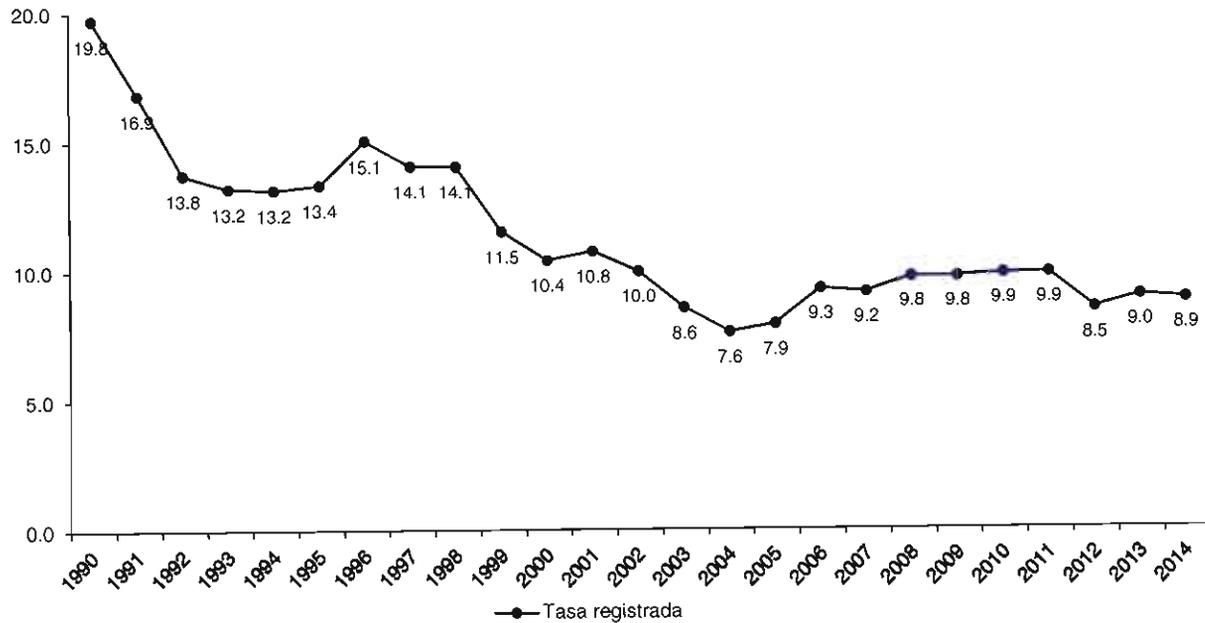
Gráfica VIII.7.
Mortalidad infantil (menor de 1 año) IMSS-PROSPERA, 1990-2014^{1/}



^{1/} Información preliminar, enero a diciembre 2014

Fuentes: Base de datos Sui-64 (1990-2003) y Sistema de Mortalidad Institucional (2004-2014). Tasa por mil nacidos vivos registrados

Gráfica VIII.8.
Mortalidad en el menor de 5 años IMSS-PROSPERA, 1990-2014^{1/}



^{1/} Información preliminar, enero a diciembre 2014.

Fuentes: Base de datos Sui-64 (1990-2003) y Sistema de Mortalidad Institucional (2004-2014). Tasa por mil nacidos vivos registrados

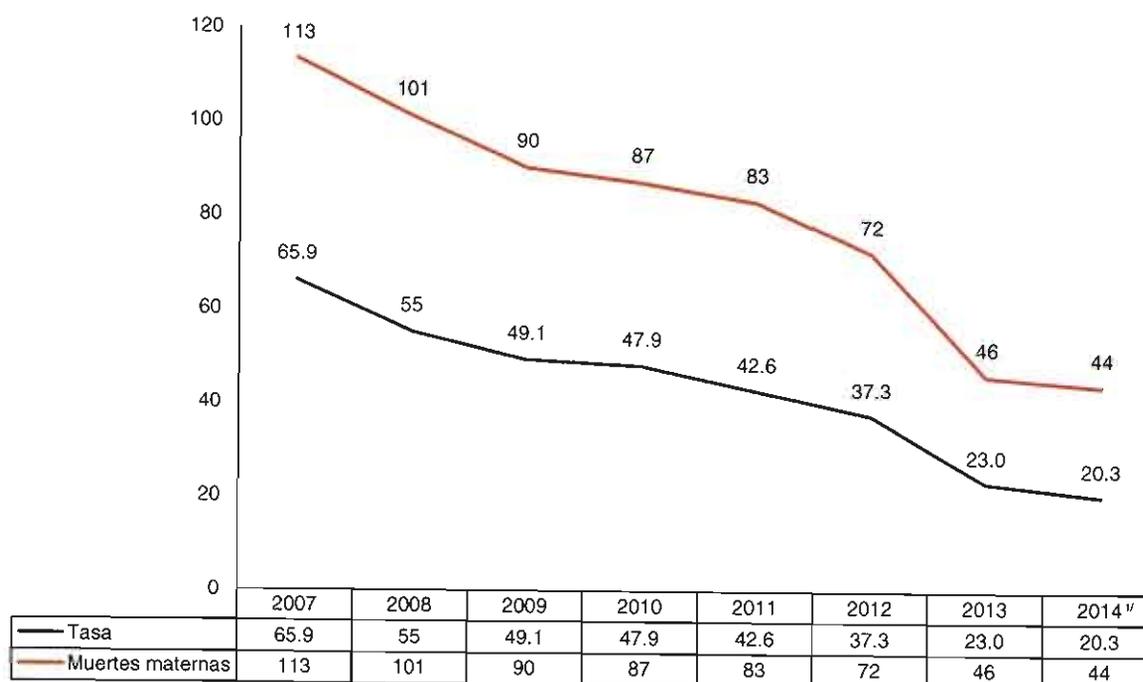
VIII.5.2. Reducción de la muerte materna y atención a la mujer

En el marco del Objetivo del Milenio relativo a la disminución de la tasa de mortalidad materna en 75% entre 1990 y 2015, IMSS-PROSPERA dio continuidad al abatimiento de este problema de salud pública como uno de sus procesos prioritarios. Esto le permitió mantener la tendencia descendente de la mortalidad materna, pasando de 46 defunciones en 2013 a 44 en 2014 (cifra preliminar sujeta a modificación), y de una razón de muerte materna de 23 por 100 mil nacidos vivos estimados por el Consejo Nacional de Población a 20.3 (gráfica VIII.9), lo que coloca al Programa en la ruta para alcanzar la meta del milenio en su ámbito de responsabilidad. Estos resultados son posibles, entre otras acciones, a la instrumentación de tres líneas de acción: la focalización en materia de prevención y reducción de los embarazos de alto riesgo; la prevención de complicaciones graves en el embarazo, el parto y el puerperio, y el manejo efectivo y oportuno de las principales urgencias obstétricas.

En el esfuerzo por disminuir los embarazos de alto riesgo, se promovió el incremento de aceptantes de métodos anticonceptivos, quienes entre 2007 y 2014 pasaron de 297.6 mil a 346.7 mil. Del total de mujeres que adoptó alguno de estos métodos, 85 mil lo hicieron posterior a un parto o cesárea, lo que representa una cobertura posparto de 82%. Las acciones de planificación familiar y anticoncepción —en las que la red comunitaria también suma su apoyo, como se detalla en el cuadro VIII.7—, además de contribuir a reducir la mortalidad materna, mejoraron las expectativas de desarrollo de las mujeres y sus familias, manteniendo su derecho a decidir de manera libre, responsable e informada el número de hijos y la etapa para tenerlos.

Respecto a la vigilancia del embarazo y la atención del parto en unidades médicas, durante 2014 se otorgaron 1.3 millones de consultas prenatales a 180 mil embarazadas, lo que mantiene el promedio de 7 consultas prenatales por embarazada en el lapso 2010-2014, dos más que lo establecido en la Norma

Gráfica VIII.9.
Tendencia de la razón de muerte materna IMSS-PROSPERA, 2007-2014¹¹
(tasa por 100 mil nacidos vivos)



¹¹ La cifra del año 2014 es preliminar, sujeta a modificación
Fuente: Unidad del Programa IMSS-PROSPERA

Cuadro VIII.7.
Acciones de la Red Comunitaria en apoyo a la planificación familiar, 2012-2014
(cifras en miles)

Año	Consejerías de planificación familiar	Seguimiento a aceptantes de métodos anticonceptivos orales	Derivación de adolescentes con vida sexual activa para la adopción de un método anticonceptivo	Incorporación de mujeres al uso de métodos anticonceptivos	Derivación de adultos a la unidad médica para la adopción de algún método anticonceptivo
2014	268.2	77.0	103.6	29.4	241.9
2013	257.0	79.3	103.3	31.0	239.8
2012	259.3	23.6	88.6	30.7	215.0

Fuente: Sistema de Información en Salud para Población Adscrita 2014.

Oficial Mexicana para la Atención de la Mujer durante el Embarazo, Parto y Puerperio. Esto permite la identificación y manejo temprano de factores de riesgo materno-fetales y evita el desarrollo de complicaciones potenciales. De estas mujeres embarazadas, 54.9% (99 mil) se incorporó a la vigilancia prenatal durante el primer trimestre de la gestación, lo que significa un logro importante en cuanto a la identificación temprana de riesgos.

En 2014 el personal de salud y las parteras voluntarias de IMSS-PROSPERA atendieron alrededor de 113 mil partos. Como resultado de las acciones de consejería y orientación otorgadas a la población, 104 mil (92.1%) de estos eventos obstétricos fueron atendidos por personal institucional y 7.9% (9 mil), por parteras. La disminución que se observa en los partos atendidos por parteras en los últimos años (gráfica VIII.10) obedece a la prioridad que se ha dado a la atención de partos de manera institucional por personal calificado, como una estrategia para disminuir riesgos en la atención materno-infantil. La red comunitaria también participó en la derivación de embarazadas, mujeres en puerperio y recién nacidos a unidades médicas para su atención (cuadro VIII.8).

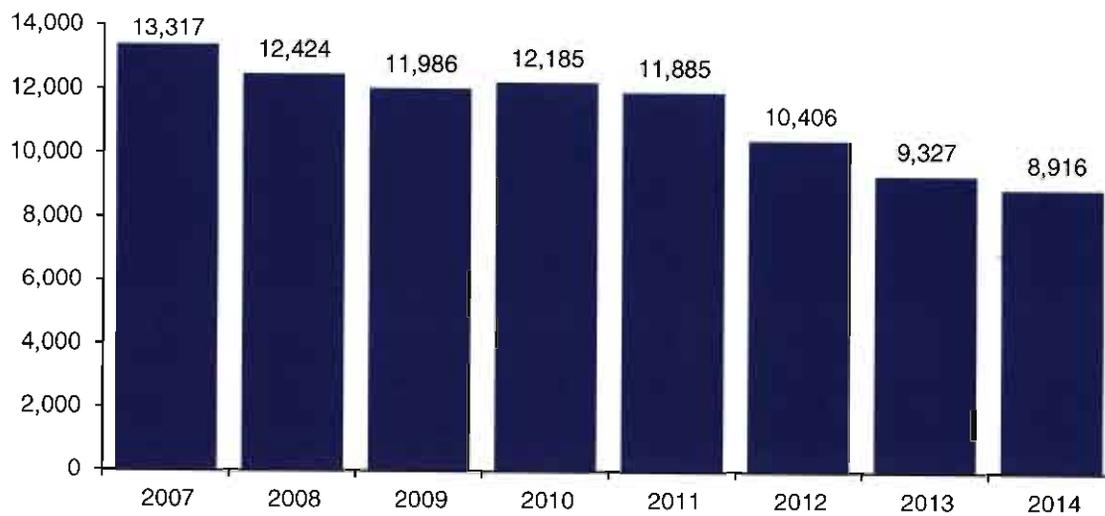
El control médico de las embarazadas se reforzó al dar continuidad al monitoreo del embarazo de alto riesgo a partir de un censo nominal, lo que significó la vigilancia puntual de aproximadamente 45 mil mujeres hasta la resolución de su evento obstétrico.

En el marco de la sinergia institucional establecida con el IMSS mediante el denominado Acuerdo 126⁰¹, 1.3 mil embarazadas de IMSS-PROSPERA fueron referidas a unidades hospitalarias del Instituto en su Régimen Obligatorio, quien sumó sus recursos humanos especializados y tecnológicos para salvar la vida de estas mujeres, en un acto de solidaridad y justicia social. De la misma forma, prosiguieron los trabajos con el Instituto Carlos Slim de la Salud para la operación del modelo Atención Materna, Neonatal, Crecimiento y Estimulación Temprana (AMANECE):

- En la zona de servicios médicos de Guachochi, Chihuahua, se conformó la segunda red de Atención Materna, Neonatal, Crecimiento y Estimulación temprana denominada "Teweke" con 51 alumnos, 48 de los cuales (94% de los inscritos) concluyeron el Diplomado en Salud

⁰¹ Autorizado por el H Consejo Técnico del IMSS en marzo de 2006, el Acuerdo 126 permite que las unidades médicas de segundo y tercer niveles del Régimen Obligatorio del IMSS proporcionen atención médica a las embarazadas beneficiarias de IMSS-PROSPERA, en condiciones de riesgo, complicadas o con urgencia obstétrica, atención por la cual el Programa efectúa el traspaso de costos correspondiente

Gráfica VIII.10.
Partos atendidos por parteras
 (casos)



Fuente: Sistema de Información en Salud para Población Adscrita, 2007-2014.

Cuadro VIII.8.
Acciones de la Red Comunitaria en apoyo a la mujer y al niño, 2012-2014
 (cifras en miles)

Año	Derivación de embarazadas a control prenatal a las unidades médicas	Derivación de mujeres en puerperio a unidades médicas	Derivación de recién nacidos a unidades médicas
2014	278.3	69.2	15.5
2013	279.7	71.4	15.6
2012	281.3	68.0	15.7

Fuente: Sistema de Información en Salud para Población Adscrita 2014

Materna y Perinatal. Adicionalmente, se entregó la Mochila AMANECE-Net a nueve Unidades Médicas Rurales y el *software* del Sistema de Valoración de Riesgo SIVA AMANECE, para 29 Unidades Médicas Rurales de la red "Teweke".

- En la zona de servicios médicos de San Juanito, Chihuahua (un Hospital Rural y 42 Unidades Médicas Rurales), se implementó la red "Mukiropen" con 122 alumnos que concluyeron el Diplomado en Salud Materna y Perinatal.

Con el propósito de generar en el ámbito de los servicios de salud de IMSS-PROSPERA un enfoque de género, se trabaja en el diagnóstico y desarrollo de sistemas de información e indicadores que permitan delinear acciones en materia de violencia física y sexual, en particular la dirigida a la mujer; promoción de métodos masculinos de planificación familiar y prevención del embarazo en adolescentes. Este proyecto se fortalecerá con un programa de capacitación y sensibilización al personal de salud y la aplicación de los protocolos de atención en los casos de violencia.

VIII.5.3. Salud de los adolescentes

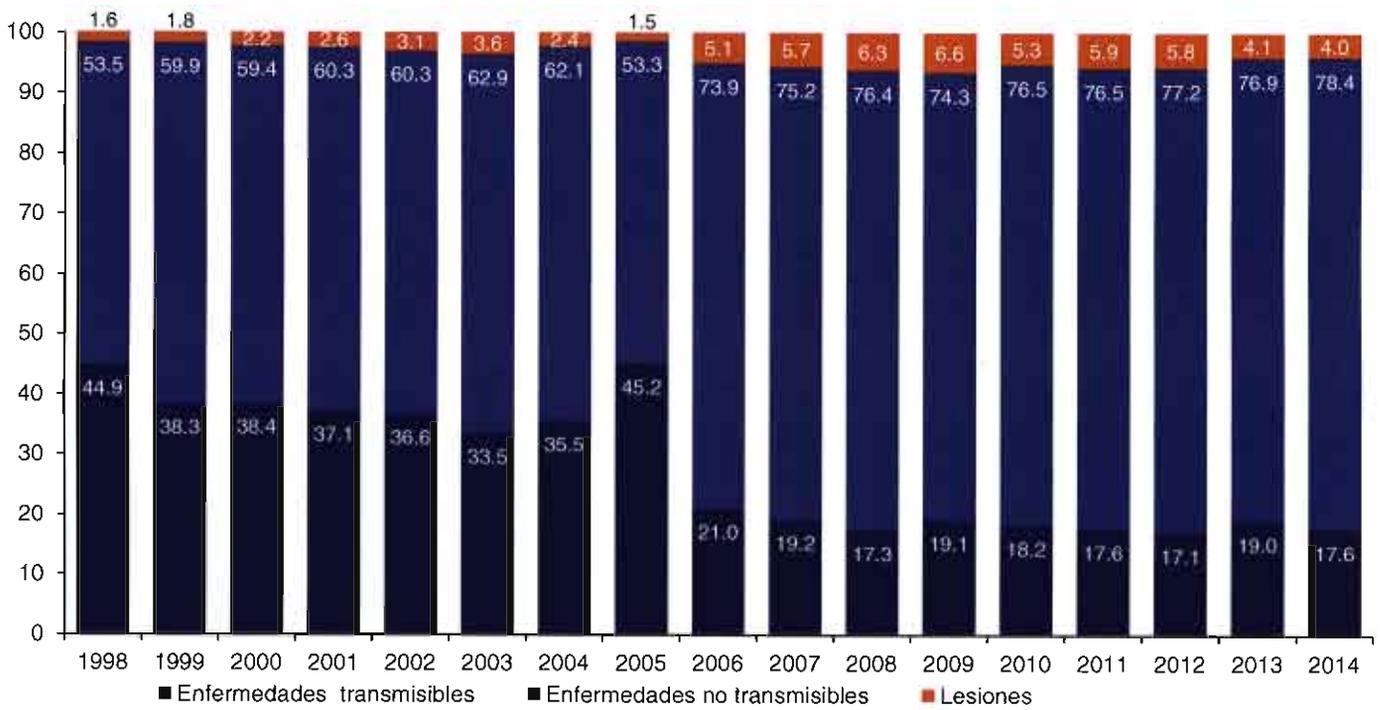
En 2014 continuó la operación de 3,661 Centros de Atención Rural al Adolescente en donde el desarrollo de actividades educativas contribuyó a que 67 mil menores de 20 años aceptaran un método anticonceptivo y a que 50.7 mil adolescentes embarazadas asistieran a control prenatal. Esta última cifra registra una tendencia descendente (5.2% menos) respecto a 2012, cuando se registraron 53.6 mil jóvenes embarazadas. La línea de acción de estos centros continuó fortaleciéndose en los temas de salud sexual y reproductiva, prevención de infecciones de transmisión sexual, sobrepeso y obesidad, violencia y adicciones, por lo cual en el último año se incrementó el número de adolescentes a quienes se les valoró su índice de masa corporal, pasando de 803.4 mil en 2013 a 807 mil en 2014; aunado a la realización de

la Semana Nacional de Salud del Adolescente 2014, cuyo objetivo fue la prevención de la infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA). A través del IMSS, el Programa IMSS-PROSPERA colabora en la estrategia transversal encabezada por INMUJERES para prevenir el embarazo en adolescentes, en cuyo marco se ha destacado el trabajo realizado en los Centros de Atención Rural al Adolescente.

VIII.5.4. Vigilancia epidemiológica, prevención y control de enfermedades

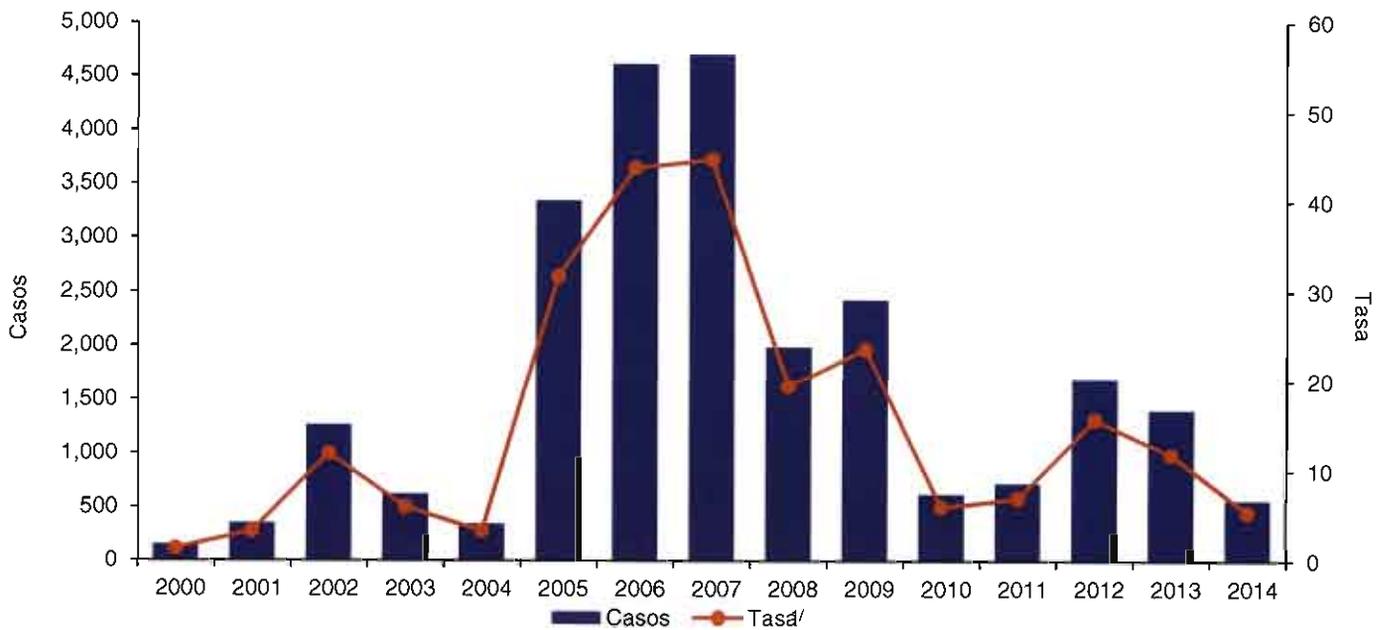
No obstante que la población del medio rural ya enfrenta los efectos de la transición epidemiológica con problemas de salud como diabetes y enfermedades cardiovasculares, aún existen grupos poblacionales donde la pobreza y la marginación determinan la prevalencia de enfermedades como el dengue, el cólera y la tuberculosis (gráfica VIII.11). Las condiciones de marginalidad y el entorno rural de la población atendida por IMSS-PROSPERA son condicionantes para que la vigilancia epidemiológica sea una prioridad, por lo que se ejecutan medidas preventivas y asistenciales. Para 2014 en el ámbito del Programa se confirmaron 555 casos de fiebre por dengue (gráfica VIII.12), 60.2% menos que en 2013 gracias a las acciones de saneamiento básico. Situación similar se observó con la fiebre hemorrágica por dengue, que disminuyó en 67.9%, de 512 a 164 casos confirmados (gráfica VIII.13). Entre el 2012 y el 2013 se incrementaron los casos debido a la circulación simultánea de los cuatro virus causantes de esta enfermedad, especialmente el tipo 3 que se asocia a la forma hemorrágica. A fin de promover la salud y contribuir a la prevención y control de enfermedades como las transmitidas por vector, respiratorias o diarreas, se fomentó la participación de aproximadamente 2.4 millones de familias en la generación de entornos favorables para la salud: vigilancia y cuidado del agua para consumo

Gráfica VIII.11.
Transición epidemiológica
Reducción de la mortalidad por causas transmisibles



Fuente. Sistema de Mortalidad del Programa IMSS-PROSPERA.

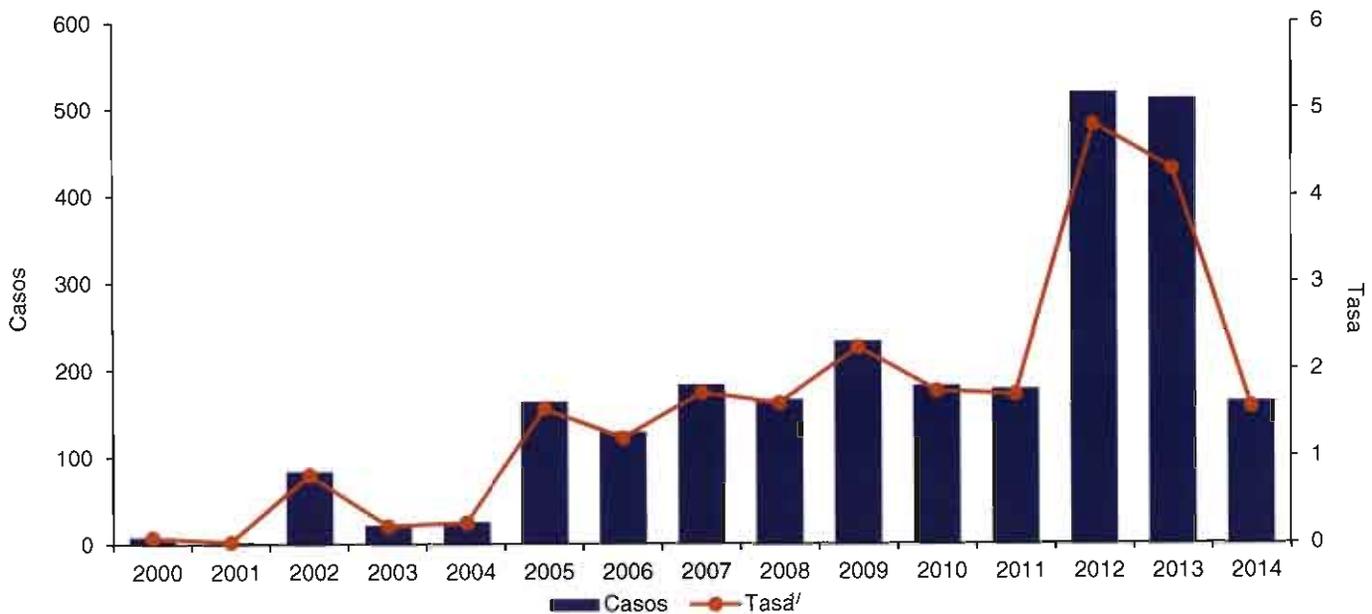
Gráfica VIII.12.
Fiebre por dengue, casos confirmados Programa IMSS-PROSPERA, 2000-2014



¹ Tasa de incidencia por 100,000 habitantes.

Fuente: Boletín Dirección General de Epidemiología 2000-2009. Plataforma Electrónica 2010-2014.

Gráfica VIII.13.
Fiebre hemorrágica por dengue, casos confirmados Programa IMSS-PROSPERA, 2000-2014



^{1/} Tasa de incidencia por 100,000 habitantes.

Fuente: Boletín Dirección General de Epidemiología 2000-2009. Plataforma Electrónica 2010-2014

humano, disposición sanitaria de excretas, disposición adecuada de basura y desechos, y control de fauna nociva y transmisora.

El Sector Salud mantiene en sus prioridades la vigilancia epidemiológica y el control de la tuberculosis, cuya disminución tanto en incidencia como en mortalidad está comprometida en los Objetivos del Milenio. En el ámbito del Programa las actividades se orientan a la interrupción de la cadena de transmisión mediante dos componentes: el primero dirigido a la detección de este padecimiento entre pacientes con tos productiva. Una vez identificados los pacientes con tuberculosis, se procede a la segunda fase: la instauración de su tratamiento, el cual requiere un estrecho seguimiento para mantener el apego por un mínimo de 6 meses. En el año 2014, para definir las metas de detecciones de tuberculosis, se estableció una metodología orientada a lograr mayor precisión en la identificación de los enfermos, por lo cual la cifra de detecciones fue inferior a la de años previos, sin embargo permitió el diagnóstico de un número

semejante de casos a los reportados en 2013 utilizando menos recursos. De esta manera, en 2014 se realizaron 64,510 detecciones con un logro de 88.1% de la meta establecida, lo que permitió identificar 753 casos nuevos de tuberculosis pulmonar, quienes comenzaron tratamiento. Con apoyo de la red comunitaria también se logró la derivación de 13 mil personas tosedoras productivas a la unidad médica. De los pacientes que previamente ingresaron y concluyeron su tratamiento en el periodo señalado se obtuvo una tasa de curación de 88.8% (cuadro VIII.9).

VIII.5.5. Atención a padecimientos crónico-degenerativos

Ante la transición epidemiológica que ha colocado a la diabetes mellitus e hipertensión arterial dentro de las principales causas de mortalidad en el país, a partir de 2010 se inició el establecimiento de criterios para focalizar las actividades de detección conforme a factores de riesgo, con la finalidad de dar una mayor eficiencia a estas tareas. No obstante

el descenso del número total de detecciones en relación a 2009, no se afectó la tendencia creciente del número de pacientes que iniciaron su tratamiento (cuadro VIII.10).

En 2011 IMSS-PROSPERA estableció el reordenamiento de las acciones de detección de estos padecimientos, por lo cual se continuó con el esquema orientado a población con factores de riesgo establecido en el año previo, y además se fortaleció el seguimiento de las personas con un resultado anormal en la detección, mediante un seguimiento estricto de estos pacientes hasta confirmar o descartar su diagnóstico. En 2014 se efectuaron 3.3 millones de detecciones de diabetes mellitus y 3.7 millones de hipertensión arterial con lo que se logró diagnosticar respectivamente a 13.1 mil y 12.6 mil nuevos pacientes. Gracias al reordenamiento de la atención preventiva de la diabetes mellitus se ha logrado identificar de una manera temprana a más personas diabéticas—quienes

de otra manera podrían continuar sin tratamiento— y se ha disminuido el riesgo de complicaciones graves o la muerte. Por su parte, integrantes de la red comunitaria realizaron 321.8 mil identificaciones de diabetes y 314.8 mil derivaciones a las unidades médicas; y desarrollaron la estrategia de comunicación educativa para la prevención y control de la diabetes que incluyó la impartición de talleres comunitarios (62.1 mil); elaboración de mantas y carteles (20.5 mil), entre otras acciones.

Al cierre de 2014 el número de personas en tratamiento por diabetes mellitus fue de 200.6 mil y por hipertensión arterial de 224.1 mil, aunado al registro de 10.9 mil con prediabetes. En el marco de la identificación de diabetes mellitus en adolescentes con obesidad, en 2014 se realizaron 52 mil detecciones, notificándose 30 casos nuevos en este grupo de edad.

Cuadro VIII.9.
Principales resultados de la prevención y control de la tuberculosis

Concepto	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Detecciones (miles)	70	77	64	65	52	77	78	65
Incidencia	8.8	9.1	9.2	8.3	7.5	8.1	6.3	6.5
Casos	929	930	941	856	776	865	750	753
Tasa de curación (85% y más)	65%	79%	85%	83%	89%	88%	87%	89%

Fuente: Sistema de Información en Salud a Población Abierta; plataforma electrónica de tuberculosis del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica, 2007-2014.

Cuadro VIII.10.
Principales resultados de la prevención y control de la diabetes mellitus
(cifras en miles)

Concepto	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Detecciones	3,226	3,070	3,238	2,618	2,865	3,065	3,238	3,323
Pacientes registrados	108	114	128	145	173	184	193	201

Fuente: Sistema de Información en Salud para Población Adscrita, 2007-2014

VIII.5.6. Prevención y atención del cáncer de la mujer

En México el cáncer cérvico-uterino persiste como un problema de salud pública que afecta en mayor medida a las mujeres que viven en condiciones de marginación y pobreza. Por tal motivo, IMSS-PROSPERA continúa la ampliación y fortalecimiento de la detección oportuna, diagnóstico y tratamiento, involucrando a la mujer en el cuidado de su salud.

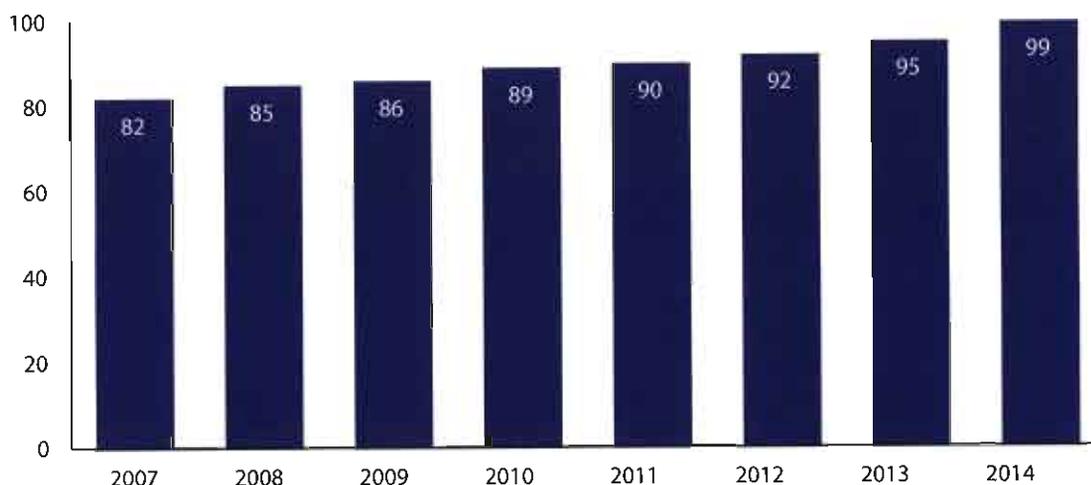
En 2014, las exploraciones ginecológicas (2.5 millones), visualizaciones cervicales con ácido acético a mujeres de 15 a 24 años (662.6 mil) y citologías cervicales a mujeres de 25 a 64 años (720.9 mil), permitieron identificar a 9.2 mil pacientes que presentaban algún tipo de lesión premaligna o infección por el virus del papiloma humano y a 659 mujeres con cáncer cérvico-uterino *in situ*, quienes fueron referidas a los Hospitales Rurales para su confirmación diagnóstica y tratamiento especializado; además, se detectó a 319 mujeres con cáncer invasor u otro tipo de neoplasia, quienes fueron referidas a centros oncológicos de los Servicios Estatales de Salud. Con el número de citologías señalado, se

alcanzó una cobertura acumulada de 99.4% en este grupo (gráfica VIII.14), 17 puntos porcentuales mayor que la registrada en 2007 (82%) y 4 puntos porcentuales más que en 2013 (95%). Dentro de las actividades de prevención, durante la segunda y tercera Semanas Nacionales de Salud se aplicaron 96.7 mil y 120.5 mil dosis de la vacuna contra el virus del papiloma humano en adolescentes, cumpliendo con 99.8 y 98.6% de las metas establecidas, respectivamente (cuadro VIII.11).

Integrantes de la estructura comunitaria apoyaron la prevención y atención oportuna de este tipo de cáncer, mediante la derivación de 504.9 mil mujeres sin acciones de salud ginecológica a la unidad médica, el otorgamiento de consejería sobre este padecimiento a 32.7 mil personas, la instalación de 5.6 mil mantas y carteles promocionales sobre la prueba de Papanicolaou y la difusión de mensajes por perifoneo en 2.7 mil localidades, entre otras acciones.

En relación con la prevención y detección del cáncer de mama se efectuaron 1.9 millones de exploraciones, lo que permitió identificar a 66 mujeres con lesión tumoral, siendo referidas para su manejo oncológico a hospitales de los Servicios Estatales de Salud.

Gráfica VIII.14.
Cobertura de detección de cáncer cérvico-uterino, 2007-2014
(porcentaje)



Fuente: Sistema de Información en Salud para Población Adscrita, 2007-2014

Cuadro VIII.11.
Vacunación contra el virus del papiloma humano
 (cifras en miles)

Año	Meta	Logro	%
2010	222	217	97.7
2011	199	207	104
2012	198	215	108.5
2013 ^v	105	104	98.7
2014	219	217	99.1

^vEn 2013 inicia la política de vacunación en niñas inscritas en 5° de primaria o de 11 años de edad, durante la 3ª Semana Nacional de Salud en la cual recibieron su primera dosis.

VIII.5.7. Encuentros Médico-Quirúrgicos

Con 18 años de vigencia, los Encuentros Médico-Quirúrgicos surgieron ante la necesidad de ampliar los servicios médicos que habitualmente se otorgan en los hospitales del Programa, para acercar atención de alta especialidad del IMSS a la población que vive en condiciones de marginación y pobreza. Los Encuentros son un ejemplo de colaboración de especialistas del Régimen Ordinario del Instituto con los médicos del medio rural y los voluntarios de salud de IMSS-PROSPERA, quienes identifican a los pacientes que requieren de atención quirúrgica.

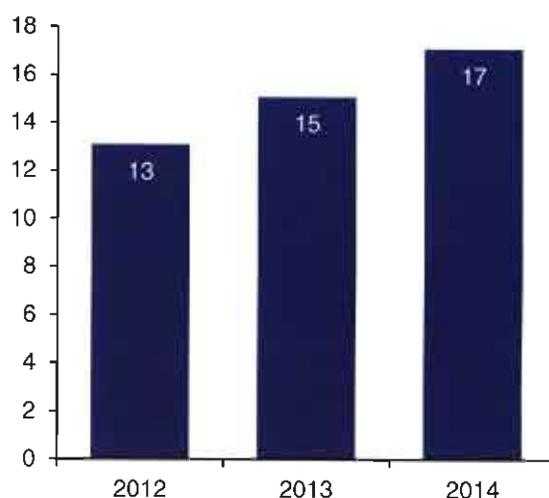
Un estudio realizado a través de 14 grupos de enfoque en dos Encuentros Médicos de Oftalmología en Michoacán y Chiapas¹⁰² mostró que para la mayoría de los beneficiarios éste representó la posibilidad de atender su padecimiento por primera vez; que ninguno de ellos había buscado ayuda previamente porque su situación económica se lo impedía y que su padecimiento era el principal obstáculo para seguir realizando sus actividades cotidianas. Los pacientes entrevistados coincidieron en que los principales beneficios de los Encuentros son: humanos, al mejorar significativamente su calidad de vida; acceso a la salud, al tratarse de personas con muy bajos recursos sin posibilidad de recurrir a la medicina privada, y económico, ya que pudieron incorporarse a sus actividades o lo pudieron hacer con menor dificultad.

¹⁰² Encuentros Médico-Quirúrgicos, San Felipe Ecatepec, Chiapas y Paracho, Michoacán. Unidad de Planeación Estratégica Institucional, IMSS, 20 de noviembre 2014

Los Encuentros son también un modelo eficiente de atención médica de alta especialidad que permite reducir costos y tiempo. Por ejemplo, una estimación¹⁰³ del costo de una cirugía de cataratas realizada en esta modalidad la valora en la mitad del costo respecto al Régimen Ordinario del IMSS, y la productividad promedio de un médico en el Encuentro es de 7.5 cirugías por día-quirúrgico mientras que en el IMSS Régimen Ordinario es de 3 cirugías.

En los Encuentros Médico-Quirúrgicos se han incorporado las especialidades de Ginecología Oncológica, Cirugía Reconstructiva, Urología, Cirugía Pediátrica y Oftalmología (gráfica VIII.15 y cuadro VIII.12); esta última especialidad representa casi 40% de las intervenciones quirúrgicas realizadas en la historia de este tipo de eventos, la mayoría de ellas destinada a la atención de cataratas, una de las primeras causas de ceguera en México. Para evaluar el significado que puede tener para una persona que habita en el ámbito de IMSS-PROSPERA esta intervención, consideremos que la técnica FACO —que se practica con mayor frecuencia en las cirugías

Gráfica VIII.15.
Encuentros Médico-Quirúrgicos efectuados, 2012-2014



Fuente: Unidad del Programa IMSS-PROSPERA

¹⁰³ Impacto económico de los Encuentros Médico-Quirúrgicos, Unidad de Planeación Estratégica Institucional, IMSS.

Cuadro VIII.12.
Encuentros Médico-Quirúrgicos por especialidad, 2012-2014
 (números en miles)

Especialidad	No. de encuentros	Pacientes valorados	Pacientes intervenidos	Padecimientos quirúrgicos
Oftalmología	16	9.4	2.6	4.5
Ginecología Oncológica	11	19.8	1.6	1.6
Cirugía Pediátrica	6	2.6	1.0	1.5
Cirugía Reconstructiva	8	2.9	1.0	3.5
Urología	4	1.3	0.3	0.4
Total	45	36.0	6.6	11.6

Fuente: Unidad del Programa IMSS-PROSPERA.

de cataratas— tuvo un costo promedio en 2014 de 15,497 pesos¹⁰⁴. De acuerdo con la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH) 2012, las familias que viven en localidades menores a 2,500 habitantes gastan 3.2% de su sueldo en cuidados de la salud, por lo que para poder acceder a esta operación el paciente tendría que ahorrar durante 21 años.

Sin perder su identidad, el Programa IMSS-PROSPERA transita hacia procesos más innovadores que permitan cumplir con su propósito de reducir la morbilidad y la mortalidad en su ámbito de trabajo, para lo cual reforzará sus proyectos de trabajo con la mujer y el niño, los adultos mayores y los jóvenes, y de manera particular, con los pueblos indígenas. En este sentido, reorientará el trabajo desarrollado en los actuales Centros de Atención Obstétrica y al Adolescente, con la finalidad de incorporar estrategias integrales para la salud de estos sectores de la población.

Todo lo anterior, sin perder de vista la oportunidad y eficacia de la atención y el enfoque en el paciente para lo cual se continuará diseminando en el Programa IMSS-PROSPERA una cultura de calidad y rendición de cuentas a través del involucramiento activo de los propios ciudadanos, la captación de la percepción del servicio por parte de los usuarios y la atención digna basada en derechos y el reconocimiento al otro.

Para dar garantías de esta calidad, se fortalecerá la eficiencia y el desempeño del personal, por lo cual se trabajará en un sistema de evaluación basado en metas de desempeño acorde con los proyectos prioritarios de IMSS-PROSPERA; se reforzará la supervisión y la asesoría desde el ámbito central hacia los cuerpos de gobierno en las delegaciones con la mira de que éstas se repliquen hacia los equipos de trabajo en el ámbito operativo, a los voluntarios y agentes comunitarios de salud. En este rubro se dará un énfasis especial a la capacitación del personal y profesionalización de las enfermeras, elemento central en la atención médica, en particular, la que se presta en el primer nivel de atención.

¹⁰⁴ Impacto económico de los Encuentros Médico-Quirúrgicos, Unidad de Planeación Estratégica Institucional, IMSS.

Reservas y Fondo Laboral del Instituto



La Ley del Seguro Social establece que el IMSS debe constituir reservas financieras con el fin de garantizar el debido y oportuno cumplimiento de las obligaciones que contraiga, derivadas del pago de beneficios y la prestación de servicios relativos a los seguros que establece la Ley, es decir, en su carácter de IMSS-Asegurador. Por otro lado, como patrón, el Instituto también debe administrar un fondo con el objeto de disponer de los recursos necesarios en el momento de la jubilación de sus empleados.

En la primera sección de este capítulo se describen la naturaleza, propósito y evolución de las reservas y fondos del IMSS, así como el fundamento normativo para su inversión. En la segunda sección se detallan los saldos alcanzados en 2014, la estrategia de inversión seguida durante el año, los rendimientos obtenidos, la evolución de la inversión en Afore XXI Banorte y los niveles de riesgo financiero en que se incurrió¹⁰⁵.

¹⁰⁵ El capítulo se complementa con el Anexo D, en el cual se detalla funcionalmente el proceso integral de inversión de las reservas y Fondo Laboral; se incluye el seguimiento de las inversiones en incumplimiento del sector hipotecario, se abunda sobre el registro contable de los instrumentos financieros del IMSS y la transparencia y rendición de cuentas

IX.1. Antecedentes

IX.1.1. La estructura de las reservas y Fondo Laboral del IMSS

Las reservas que el IMSS debe constituir para garantizar el cumplimiento de sus obligaciones como asegurador de los riesgos que cubre el Seguro Social son las siguientes:

- Reservas Operativas (RO).
- Reservas Financieras y Actuariales (RFA).
- Reserva de Operación para Contingencias y Financiamiento (ROCF).
- Reserva General Financiera y Actuarial (RGFA).

El fondo que el Instituto administra para enfrentar sus obligaciones como patrón se denomina Fondo para el Cumplimiento de Obligaciones Laborales de Carácter Legal o Contractual (FCOLCLC o Fondo Laboral).

La Reserva de Operación para Contingencias y Financiamiento y la Reserva General Financiera y Actuarial, al igual que el Fondo Laboral son globales, mientras que se debe establecer una Reserva Operativa y una Reserva Financiera y Actuarial por cada uno de los siguientes seguros y coberturas:

- Enfermedades y Maternidad (SEM).
- Gastos Médicos para Pensionados (GMP).
- Invalidez y Vida (SIV).
- Riesgos de Trabajo (SRT).
- Guarderías y Prestaciones Sociales (SGPS).
- Seguro de Salud para la Familia (SSFAM).
- Para otros seguros o coberturas que, en su caso, se establezcan con base en la Ley del Seguro Social.

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

Gráfica IX.1.
Estructura de las reservas y Fondo Laboral del IMSS, de acuerdo con la Ley del Seguro Social



Fuente: Ley del Seguro Social.

En la misma Ley se establece que las metas de los montos que se dediquen cada año a incrementar, disminuir o, en su caso, reconstituir las Reservas Financieras y Actuariales, la Reserva General Financiera y Actuarial y el Fondo Laboral, se fijan dentro del Presupuesto de Egresos de la Federación que apruebe la Cámara de Diputados.

En el caso del Seguro de Retiro, Cesantía en Edad Avanzada y Vejez (SRCV), la administración de los recursos está a cargo de las Administradoras de Fondos para el Retiro (AFORE). Por ello, para este seguro no hay necesidad de constituir y/o administrar reserva alguna por parte del IMSS.

El propósito de cada una de las reservas y Fondo Laboral se detalla en el cuadro IX.1.

IX.1.2. Régimen de inversión

La Ley del Seguro Social establece el marco general para la inversión de las reservas y Fondo Laboral. El Ejecutivo Federal, mediante decreto publicado en el Diario Oficial de la Federación el 20 de agosto de 2013, emitió el Reglamento al que se refiere el Artículo 286 de la Ley del Seguro Social (Reglamento)¹⁰⁶.

Derivado de este Reglamento, el H. Consejo Técnico emitió en octubre y diciembre de 2013 los Lineamientos, Políticas y Directrices para la inversión de cada portafolio institucional¹⁰⁷. Tales documentos normativos entraron en vigor el 28 de enero de 2014 conforme a lo aprobado por la Comisión de Inversiones

Financieras, dejando sin efecto las disposiciones anteriores.

Con la entrada en vigor de los Lineamientos, Políticas y Directrices antes mencionados, el régimen de inversión se amplió. Entre los principales cambios que incorporó la nueva normatividad destacan:

- i) La inclusión de nuevos activos que antes no estaban considerados en el régimen de inversión.
- ii) La incorporación de nuevos límites de inversión diferenciados por reserva, seguro y cobertura que toman en cuenta la naturaleza de las obligaciones que cubren, así como la liquidez requerida.
- iii) La definición de límites de inversión más amplios para la banca de desarrollo *versus* otras instituciones de crédito, y para las emisiones cuasi-gubernamentales *versus* el resto de las emisiones corporativas.
- iv) El establecimiento de límites y requisitos de inversión más restrictivos para notas estructuradas.
- v) La adecuación de la clasificación por sectores económicos conforme a la utilizada por la Bolsa Mexicana de Valores.
- vi) La restricción de la inversión en deuda de estados y municipios.

Adicionalmente, las inversiones deben observar límites de calificaciones crediticias mínimas, para corto y largo plazos, para bancos en directo en escalas nacional y global, y para bancos y casas de bolsa en reporto. Asimismo, deben cumplirse límites de inversión para bancos de desarrollo en directo;

¹⁰⁶ Reglamento de la Ley del Seguro Social para la constitución, inversión y uso para la operación de las Reservas Financieras y Actuariales y la Reserva General Financiera y Actuarial, así como para la determinación de los costos financieros que deberán reintegrarse a la Reserva de Operación para Contingencias y Financiamiento.

¹⁰⁷ Lineamientos para la inversión de las Reservas Operativas y la Reserva de Operación para Contingencias y Financiamiento; Políticas y Directrices para la inversión de la Reserva General Financiera y Actuarial y las Reservas Financieras y Actuariales, y Políticas y Directrices para la inversión del Fondo para el Cumplimiento de Obligaciones Laborales de Carácter Legal o Contractual.

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

Reserva/Fondo	Propósito
Reservas Operativas (RO)	<p>Representan el capital de trabajo de los seguros y la vía de fondeo para las demás reservas. Se constituye con los ingresos por cuotas obrero-patronales, contribuciones y aportaciones federales, cuotas de los seguros voluntarios que se establezcan y otros que en forma adicional deba otorgar el Instituto, y de cualquier otro ingreso de los seguros.</p> <p>Se puede disponer de ellas sólo para hacer frente al pago de prestaciones, gastos administrativos y constitución de las RFA del seguro que corresponda, y para constituir la ROCF y la RGFA. Las RO se registran contablemente por separado y se invierten de manera global.</p>
Reserva de Operación para Contingencias y Financiamiento (ROCF)	<p>Se constituye para procurar estabilidad y certidumbre en la operación cotidiana del Instituto, facilitar la planeación de mediano plazo, y alcanzar las metas de reservas y fondos señalados en el Presupuesto de Egresos de la Federación. Debe mantener un monto de hasta 60 días de los ingresos promedio totales del año anterior y puede utilizarse para financiar las RO, previa aprobación del H. Consejo Técnico. El monto máximo del financiamiento para cualquier seguro es de 90 días de ingreso promedio del año anterior del mismo seguro y debe ser reembolsado en un plazo máximo de tres años con intereses.</p> <p>Esta reserva se integra con los ingresos ordinarios y extraordinarios del IMSS. En caso de que el Instituto tuviera, al cierre del ejercicio anual, ingresos excedentes a los presupuestados, estos se aplican a la reserva y podrán destinarse, en forma excepcional, a programas prioritarios de inversión.</p>
Reservas Financieras y Actuariales (RFA)	<p>Constituidas para enfrentar el riesgo de caídas en los ingresos o incrementos en los egresos ocasionado por problemas económicos, normalizar el flujo de efectivo en caso de fluctuaciones en la siniestralidad de los seguros mayores a las estimadas en el Informe Financiero y Actuarial^{1/} del IMSS, y financiar por adelantado los pagos futuros de prestaciones (profondeo).</p> <p>La Ley del Seguro Social determina que se constituya una reserva para cada uno de los seguros y coberturas, a través de aportaciones que consideren estimaciones de sustentabilidad financiera de largo plazo contenidas en el Informe Financiero y Actuarial del Instituto. Los montos definitivos de aportación a las RFA son aprobados cada año en el Presupuesto de Egresos de la Federación.</p> <p>Los recursos de cada una de estas reservas sólo pueden utilizarse para el seguro para el cual fueron establecidas, previo acuerdo del H. Consejo Técnico a propuesta del Director General, no teniendo que reembolsarse los montos que en su caso se utilicen.</p>
Reserva General Financiera y Actuarial (RGFA)	<p>Diseñada para enfrentar efectos catastróficos o variaciones de carácter financiero significativos en los ingresos o incrementos drásticos en los egresos derivados de problemas epidemiológicos o económicos severos y de larga duración que provoquen insuficiencia de cualquiera de las RFA. Se constituye, incrementa o reconstituye a través de una aportación anual que se estima en el Informe Financiero y Actuarial.</p>
Fondo Laboral o FCOLCLC	<p>Fondo administrado por el IMSS con el objeto de disponer de los recursos necesarios para el pago de las jubilaciones de sus propios trabajadores. La Ley del Seguro Social ordena la obligación institucional de depositar en el fondo los recursos necesarios para cubrir y financiar los costos derivados del Régimen de Jubilaciones y Pensiones de sus empleados que sean originados por la creación, sustitución o contratación de plazas. El fondo se registra en dos cuentas: Cuenta Especial para el Régimen de Jubilaciones y Pensiones, y Cuenta de Otras Obligaciones Laborales</p> <p>La Cuenta Especial para el Régimen de Jubilaciones y Pensiones se integra a su vez por dos Subcuentas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Subcuenta 1 (RJPS1). Integrada con los recursos acumulados en el Fondo para el Cumplimiento de Obligaciones Laborales de Carácter Legal o Contractual hasta el 11 de agosto de 2004. Se utilizará para el pago de las jubilaciones y pensiones de trabajadores y de los jubilados y pensionados que ostenten esta condición hasta antes de la fecha de la firma del Convenio^{2/} del 14 de octubre de 2005, incluyendo a los candidatos registrados en las Bolsas de Trabajo que hayan trabajado antes de la firma de dicho Convenio. - Subcuenta 2 (RJPS2). Se constituyó y se incrementa por i) la aportación al Régimen de Jubilaciones y Pensiones de los trabajadores en activo, que ingresaron al Instituto antes del 14 de octubre de 2005, la cual corresponde al 7% del salario, y de los trabajadores que ingresaron al Instituto partir del 16 de octubre de 2005 y hasta el 27 de junio de 2008, la cual asciende al 10% del salario. <p>La Subcuenta 2 se utiliza para el pago de las pensiones de los trabajadores que ingresaron al Instituto entre el 16 de octubre de 2005 y hasta el 27 junio de 2008.</p> <p>La Cuenta Otras Obligaciones Laborales no presenta recursos acumulados a la fecha.</p>

^{1/} De acuerdo con la Ley del Seguro Social, la Asamblea General del IMSS discutirá anualmente para su aprobación o modificación el Informe Financiero y Actuarial en el cual se examine la suficiencia de los recursos para todos y cada uno de los seguros

^{2/} Fuente. Convenio Adicional para las Jubilaciones y Pensiones de los Trabajadores de Base de Nuevo Ingreso, firmado el 14 de octubre de 2005 entre el Instituto y el Sindicato Nacional de Trabajadores del Seguro Social.

^{3/} El excedente asciende a 7% del salario.

Fuente: Ley del Seguro Social; Dirección de Finanzas, IMSS

para deuda corporativa por calificación de corto y largo plazos, por emisor, por emisión y por sector económico. La normatividad en materia de inversiones financieras se encuentra disponible al público a través de la página de internet del Instituto (<http://www.imss.gob.mx/conoce-al-imss/marco-normativo>).

Los porcentajes de inversión de cada reserva y la Subcuenta 2 del Fondo Laboral permitidos por clase de activo se detallan en el cuadro IX.2. Estos límites del régimen de inversión se establecieron en el Reglamento y en los Lineamientos, Políticas y Directrices antes señalados, con base en los ordenamientos generales de la Ley del Seguro Social. En el caso de la Subcuenta 1 del Fondo Laboral, en virtud de los usos realizados a partir de 2009, la inversión de sus recursos remanentes no está sujeta a un régimen de inversión específico, por lo que será la Comisión de Inversiones Financieras quien apruebe los montos a invertir, los plazos, así como los tipos de instrumentos financieros en que se deberá invertir la subcuenta.

IX.2. Inversión de las reservas y Fondo Laboral

IX.2.1. Evolución de las reservas y Fondo Laboral 2014

La gráfica IX.2 presenta la evolución del saldo contable de las Reservas Operativas, la Reserva de Operación para Contingencias y Financiamiento, las Reservas Financieras y Actuariales, la Reserva General Financiera y Actuarial, y el Fondo Laboral, que incluye la Subcuenta 1 y la Subcuenta 2.

La Subcuenta 1 se integró con los recursos acumulados en el Fondo Laboral hasta el 11 de agosto de 2004, mismos que se utilizaron entre 2009 y 2013 hasta prácticamente agotar su saldo, para el pago de las jubilaciones y pensiones de los trabajadores que ingresaron al Instituto antes del 14 de octubre de 2005.

Cuadro IX.2.
Régimen de inversión^{1/}
(porcentajes, límites)

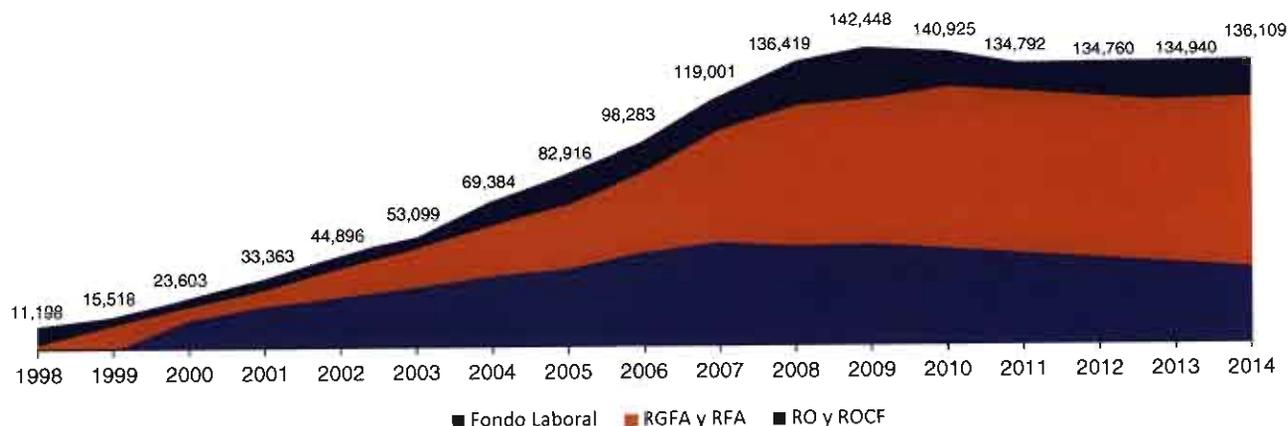
Clase de Activo	RO	ROCF	RGFA	RFA				Subcuenta 2
				SIV	SRT	GMP	SEM	
Deuda gubernamental	100	100	100	100	100	100	100	100
Deuda bancaria	100	100	100	100	100	100	100	100
Deuda corporativa	25	25	25	25	25	25	25	25
Valores extranjeros reconocidos en México			30	30	30	30	30	30
Acciones de empresas afines				100	100			
Mercado accionario				25	25			25
Moneda extranjera	100	100	30	30	30	30	30	30
Plazo máximo^{2/}								
Duración máxima	1 año	1 año	1 año	5 años	5 años	2 años	2 años	s/límite

^{1/} Régimen de inversión vigente hasta el 28 de enero de 2014

^{2/} El plazo máximo para la RGFA será de 1 año en instrumentos de deuda bancaria y corporativa, y cualquier plazo para instrumentos de deuda gubernamental

Fuente: Dirección de Finanzas, IMSS.

Gráfica IX.2.
Evolución del saldo de las reservas y Fondo Laboral, 1998-2014
(millones de pesos al cierre de cada año)



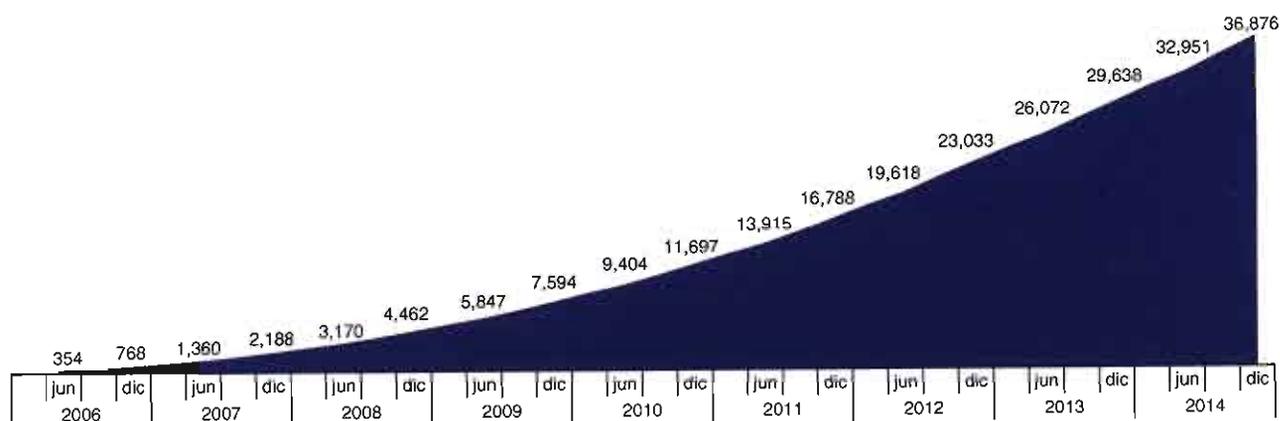
Fuente: Dirección de Finanzas, IMSS

La Subcuenta 2 se utiliza para el pago de las pensiones de trabajadores que ingresaron al Instituto entre el 16 de octubre de 2005 y hasta el 27 de junio de 2008. Esta Subcuenta se fondea con 10% del salario de los trabajadores que ingresaron al Instituto entre el 16 de octubre de 2005 y el 27 de junio de 2008, así como por la aportación de 7% del salario de los trabajadores que ingresaron antes del 14 de octubre de 2005.

El saldo contable de las reservas y subcuentas del Fondo Laboral al cierre de los últimos dos ejercicios muestra un cambio en la tendencia de reducción observada a partir de 2009. Lo anterior se debe, en parte, al esfuerzo de la presente Administración para reducir el uso de las reservas y Fondo Laboral.

Considerando el importante crecimiento de la Subcuenta 2, en la gráfica IX.3 se presenta la evolución semestral del saldo contable hasta 2014.

Gráfica IX.3.
Evolución del saldo de la Subcuenta 2 del Fondo Laboral, 2006-2014
(millones de pesos al cierre de cada semestre)



Fuente: Dirección de Finanzas, IMSS.

Al cierre de 2014, la posición contable de las reservas y Fondo Laboral del IMSS sumó 136,109 millones de pesos, lo que representa un incremento de 1,169 millones de pesos (0.86%), con respecto a la cifra de diciembre de 2013, tal y como se muestra en el cuadro IX.3. Las cifras de la posición contable se refieren a los recursos en inversión en instrumentos financieros y también incluyen los intereses devengados no cobrados.

Cuadro IX.3.
Posición de las reservas y del Fondo Laboral,
2013 y 2014
(millones de pesos corrientes)

Reserva/Fondo	2013	2014
RO	10,982	7,620
ROCF	7,275	10,656
RGFA	3,256	3,601
RFA ^{1/}	83,695	77,240
GMP	607	646
SRT	9,682	10,455
SIV	12,762	15,589
SEM	60,644	50,550
Fondo Laboral	29,732	36,992
Subcuenta 1	94	116
Subcuenta 2	29,638	36,876
Total	134,940	136,109

^{1/}En las Reservas Financieras y Actuariales del Seguro de Invalidez y Vida y del Seguro de Riesgos de Trabajo se incluyen los valores contables de la posición en la Afore XXI Banorte, S. A. de C. V., los cuales se detallan en el cuadro IX 6

Fuente: Dirección de Finanzas, IMSS.

Las variaciones de las reservas y Fondo Laboral obedecen a múltiples movimientos en el año, que incluyen aportaciones, pago de intereses, traspasos y uso de recursos. A continuación se señalan las razones de los cambios más relevantes en los saldos de las reservas y fondos al cierre de 2014 con relación al ejercicio anterior:

i) La Reserva de Operación para Contingencias y Financiamiento incrementó primordialmente su saldo por 3,000 millones de pesos en mayo de 2014 por el cobro total del préstamo a las

Reservas Operativas realizado a finales de 2013, así como por el pago de los correspondientes costos financieros.

ii) La Reserva General Financiera y Actuarial aumentó principalmente por las aportaciones mensuales de las cuotas obrero-patronales de la Industria de la Construcción, por 224 millones de pesos.

iii) La Reserva Financiera y Actuarial del Seguro de Riesgos de Trabajo recibió el pago del dividendo por la inversión en Afore XXI Banorte por 487 millones de pesos; del mismo modo, la Reserva Financiera y Actuarial del Seguro de Invalidez y Vida recibió 613 millones de pesos por dicho dividendo y, adicionalmente, incrementó su saldo por la reclasificación del crédito mercantil correspondiente a la compra de Afore Banorte Generali, por 1,855 millones de pesos, a una cuenta de inversión de largo plazo.

iv) La Subcuenta 2 se incrementó en mayor parte por las aportaciones quincenales de los trabajadores del Instituto por un monto de 4,919 millones de pesos.

En el ejercicio 2014 se utilizaron 12,557 millones de pesos de la Reserva Financiera y Actuarial del Seguro de Enfermedades y Maternidad para apoyar el gasto de la operación del Instituto. Considerando que en el Presupuesto de Egresos se contemplaba utilizar 20,250 millones de pesos, este menor uso representó un ahorro de 7,693 millones de pesos.

La reducción en el uso de reservas y Fondo Laboral durante esta Administración ha permitido revertir la despatrimonialización de las reservas y fondos netos del Instituto. Esto es que al comparar el total de reservas y fondos acumulados, con el uso de los mismos, se tiene un saldo positivo o dicho de otra manera, durante la presente Administración se han acumulado más reservas y fondos que los que se han tomado para cubrir el déficit de operación; aunque es necesario mencionar que este ejercicio es teórico, ya

que el saldo entre las diferentes reservas y fondos no se puede compensar. Este comportamiento se observa en el cuadro IX.4.

Lo anterior es resultado de la estrategia de saneamiento financiero implementada desde 2013; la disminución en el uso de las reservas y fondos se deriva del importante esfuerzo de productividad y mejoramiento de los servicios por parte del Instituto, como se detalla en los siguientes capítulos, en particular en los Capítulos XI y XII.

IX.2.2. Asignación estratégica de activos

La asignación estratégica de activos es una guía para realizar las operaciones de inversión para los portafolios de las reservas y Fondo Laboral, y se define como la ponderación porcentual óptima que se debe asignar a cada clase y subclase de activo de inversión. Dicha asignación toma en cuenta los objetivos de creación, constitución y usos; los diversos tipos de tasas de rendimiento en el caso de instrumentos de deuda, así como la naturaleza de las obligaciones, la normatividad en materia de inversiones, las expectativas del comportamiento del mercado analizadas en diversos escenarios económicos y los estudios actuariales.

Tomando en cuenta que a partir de 2013 se han usado recursos de la Reserva Financiera y Actuarial del Seguro de Enfermedades y Maternidad, y que las proyecciones contemplan que estos se continúen utilizando, la Comisión de Inversiones Financieras no establece una asignación estratégica de activos para la inversión de los recursos de esta reserva.

Considerando que la normatividad en materia de inversiones financieras establece que la asignación estratégica de activos deberá revisarse en forma anual, o cuando se prevea un cambio en los supuestos económicos y en las políticas de uso y constitución de los portafolios de inversión, la Comisión de Inversiones Financieras aprobó, en enero de 2014, la propuesta de la asignación estratégica de activos para la Reserva General Financiera y Actuarial; las Reservas Financieras y Actuariales de los seguros de Invalidez y Vida, y de Riesgos de Trabajo, y la cobertura de Gastos Médicos para Pensionados, así como para la Subcuenta 2 del Fondo Laboral. Dicha propuesta modificó la asignación estratégica de activos vigente desde enero de 2013, se revisó trimestralmente conforme a lo aprobado por la Comisión de Inversiones Financieras y tomó en consideración principalmente los siguientes factores:

Cuadro IX.4.
Aportaciones, intereses y usos de las reservas y del Fondo Laboral¹⁷
(millones de pesos)

Concepto	2010	2011	2012	2013	2014
Intereses de las Reservas (uso restringido) (A)	7,293	7,850	9,283	10,108	5,464
Intereses RFA y RGFA	3,923	4,428	5,349	9,068	4,851
Intereses FCOLCLC	2,067	2,386	3,249	389	8
Intereses ROCF	1,107	765	413	419	381
Cuotas de la Industria de la construcción	196	271	272	232	224
Subcuenta 2 (B)	3,873	4,766	5,784	6,278	6,793
Aportación de trabajadores	3,364	4,091	4,728	4,853	4,919
Intereses	509	675	1,056	1,425	1,874
Suma Intereses más Subcuenta 2 (C)=(A)+(B)	11,166	12,616	15,067	16,386	12,257
Uso de Reservas y Fondo Laboral (D)	15,462	20,449	22,755	11,141	12,557
Resultado (C)-(D)	-4,296	-7,833	-7,688	5,245	-300

¹⁷ Los intereses consideran únicamente el efectivo que ingresa en el flujo de las reservas y fondos por la inversión de recursos, así como los costos financieros de los préstamos de la ROCF a la RO.

Fuente: Dirección de Finanzas, IMSS.

- i) Incremento en la inflación a inicios de 2014, derivado, en parte, por los efectos de la reforma fiscal, con niveles al cierre del año cercanos a 4%.
- ii) Tasas de rendimiento de corto plazo en niveles bajos, con la expectativa de incrementos graduales a partir del primer semestre de 2015.
- iii) Tasas de rendimiento de mediano y largo plazos sin cambios considerables, con la expectativa de incrementos en 2015, conforme se materialicen los movimientos al alza en la tasa de referencia definida por el Banco de México.

Con base en lo anterior, la estrategia de inversión se enfocó en la inversión en instrumentos de tasa revisable, en incrementar la posición en deuda corporativa y en la inversión en deuda gubernamental de corto y mediano plazos, con especial énfasis en tasa real, a la espera de que las tasas de rendimiento se situaran en niveles atractivos para la inversión de largo plazo. Asimismo, la Comisión de Inversiones Financieras autorizó un listado de emisores de deuda corporativa en los que se podrán realizar inversiones, conformado por emisores que gozan de alta calidad crediticia y sólidos indicadores fundamentales, con el

fin de incrementar la diversificación de los portafolios de inversión, generar rendimientos atractivos respecto a la deuda gubernamental y bancaria, y ampliar las opciones de inversión bajo un balance adecuado entre el rendimiento, el riesgo y la liquidez de las inversiones.

La estrategia de inversión antes señalada contribuyó a que, al cierre del ejercicio 2014, los portafolios de las reservas y Subcuenta 2 del Fondo Laboral presentaran un rendimiento mayor respecto a sus portafolios de referencia (*benchmarks*), los cuales fueron establecidos por la Comisión de Inversiones Financieras para evaluar el desempeño de las inversiones a valor de mercado considerando la naturaleza, los objetivos de creación y el régimen de inversión de las reservas y subcuenta.

En el cuadro IX.5 se resume la asignación estratégica de activos 2014 por clase de activo para la Reserva General Financiera y Actuarial, las Reservas Financieras y Actuariales de Invalidez y Vida, Riesgos de Trabajo y Gastos Médicos para Pensionados, y para la Subcuenta 2 del Fondo Laboral.

Cuadro IX.5.
Asignación estratégica de activos de la Reserva General Financiera y Actuarial,
las Reservas Financieras y Actuariales de los seguros y coberturas de Invalidez
y Vida, Riesgos de Trabajo y Gastos Médicos para Pensionados, y la
Subcuenta 2 del Fondo Laboral, 2014^{1/}
 (porcentajes)

Clase de activo	RGFA	RFA GMP	RFA SIV	RFA SRT	Subcuenta 2
Deuda gubernamental	30	50	25	25	50
Deuda bancaria	50	25	10	10	25
Deuda corporativa	20	25	15	15	25
Afore ^{2/}			50	50	

^{1/} La asignación estratégica de activos fue aprobada el 22 de enero de 2014 y tuvo revisiones trimestrales. La asignación presentada corresponde a la establecida en la última revisión trimestral, la cual estuvo vigente hasta el 10 de febrero de 2015.

^{2/} Posición en la Afore XXI Banorte.

Fuente: Dirección de Finanzas, IMSS.

IX.2.3. Afore XXI Banorte

En 1997, el Instituto inició su participación en la industria de la administración de fondos para el retiro, a través de la inversión de 88 millones de pesos en Afore XXI. Durante los últimos 18 años, dicha inversión ha presentado importantes variaciones de capital, siendo las más relevantes las observadas en 2011, 2012 y 2013 a consecuencia de la estrategia de fortalecimiento de la inversión implementada por la Administración anterior. En particular, por la inversión estratégica requerida para la fusión con Banorte Generali el Instituto aportó 2,476 millones de pesos en diciembre de 2011, y por la compra de Afore Bancomer el Instituto pagó un anticipo de 1,560 millones de

pesos en noviembre de 2012 y liquidó la operación en enero de 2013 por 8,546 millones de pesos. La reducción de capital por 300 millones de pesos, observada en noviembre de 2014, fue resultado de un acuerdo entre los accionistas derivado de una disminución del requerimiento de reservas.

La inversión en Afore XXI Banorte le ha generado al Instituto, desde el inicio de la misma, dividendos por 4,586 millones de pesos; en los últimos cuatro años la inversión institucional ha tenido un desempeño, en promedio, de 8.2% en términos nominales. La evolución de dicha inversión —en términos de capital invertido, dividendos recibidos y comisiones cobradas a sus afiliados— se puede observar en el cuadro IX.6.

Cuadro IX.6.
Evolución de la inversión en Afore XXI Banorte
(millones de pesos corrientes)

Año	Capital ^{1/}				Dividendos ^{2/}	Comisiones ^{3/}	
	Inicial	Aportaciones	Revalorización	Cierre		Flujo (%)	Saldo (%)
1997		88	3	91	100	1.50	0.99
1998	91		74	165	113	1.50	0.20
1999	165		70	236	83	1.50	0.20
2000	236		-40	195	60	1.45	0.20
2001	195		38	233	0	1.45	0.20
2002	233		128	361	175	1.45	0.20
2003	361		-33	328	120	1.30	0.20
2004	328		-15	313	100	1.30	0.20
2005	313		48	361	115	1.30	0.20
2006	361		5	366	100	1.30	0.20
2007	366		-15	351	100	0.60	1.50
2008	351		2	354	113		1.45
2009	354		40	393	129		1.45
2010	393		98	492	190		1.42
2011	492	2,476	-102	2,866	414		1.40
2012	2,866	1,560	536	4,963	475		1.33
2013	4,963	8,546	534	14,042	1,100		1.10
2014	14,042	-300	104	13,846	1,100		1.04
Total		12,370	1,476		4,586		

^{1/} La revalorización incluye el capital social, la reserva legal y los resultados del ejercicio. Las aportaciones de capital en el periodo de 2011 a 2013 fueron requeridas para la fusión con Afore Banorte Generali y la adquisición de Afore Bancomer. En noviembre de 2014 se recibieron 300 millones de pesos por disminución de capital de la Afore XXI Banorte.

^{2/} Los dividendos se muestran en el ejercicio fiscal al que corresponden

^{3/} Las modificaciones a la Ley del Sistema de Ahorro para el Retiro, que entraron en vigor el 15 de marzo de 2008, establecieron el cobro de las comisiones únicamente sobre el saldo de los recursos administrados. Anteriormente, las comisiones se aplicaban no sólo sobre el saldo de los recursos administrados, sino también sobre el flujo de las aportaciones del Seguro de Retiro, Cesantía en Edad Avanzada y Vejez.

Fuente: Dirección de Finanzas, IMSS.

El cuadro IX.7 muestra la situación contable al cierre del ejercicio 2014 de la inversión en Afore XXI Banorte, la cual se encuentra distribuida en las Reservas Financieras y Actuariales del Seguro de Invalidez y Vida y del Seguro de Riesgos de Trabajo.

Cuadro IX.7.
Inversiones en acciones de empresas afines al Instituto, Afore XXI Banorte^{1/},^{2/}
(millones de pesos corrientes)

Concepto	2013	2014
Valor Contable	12,187	11,992
SIV	6,791	6,679
SRT	5,396	5,313
Crédito mercantil	1,855	1,855
Total	14,042	13,846

^{1/} Proveniente de la inversión en Afore XXI Banorte, en mayo de 2014 el IMSS recibió pago de dividendos por 1,100 millones de pesos correspondientes al ejercicio 2013. En noviembre de 2014 el Instituto recibió 300 millones de pesos derivados de la disminución de capital de la Afore XXI Banorte, lo cual se reflejó en el valor contable de la inversión.

^{2/} Los totales pueden no coincidir por cuestiones de redondeo
Fuente: Dirección de Finanzas, IMSS.

De acuerdo con información de la Comisión Nacional del Sistema de Ahorro para el Retiro, al cierre de diciembre de 2014, Afore XXI Banorte ocupa el primer lugar en el mercado respecto al número de cuentas administradas y el primer lugar conforme a los recursos de los trabajadores. A esa misma fecha, contaba con una participación en el mercado de 24.4% de las cuentas administradas y 25.4% de los recursos de los trabajadores del sistema, como se observa en el cuadro IX.8.

Afore XXI Banorte ha mantenido la tendencia de disminución de la comisión para sus afiliados de 1.10% en 2013, a 1.07% en 2014 y a 1.04% en 2015, sobre el saldo administrado. De acuerdo con información de la Comisión Nacional del Sistema de Ahorro para el Retiro, Afore XXI Banorte continuará siendo durante 2015 la administradora privada con la comisión más baja del mercado.

Cuadro IX.8.
Cuentas de trabajadores y recursos administrados por Afore XXI Banorte,
cifras al 31 de diciembre de 2014^{1/}

Cuentas de trabajadores			Recursos (millones de pesos)		
Lugar	Afore	Número de cuentas	Lugar	Afore	Recursos
1	XXI Banorte	11,347,000	1	XXI Banorte	601,648
2	Banamex	7,795,094	2	Banamex	397,361
3	Coppel	6,539,278	3	SURA	350,761
4	SURA	6,107,328	4	Profuturo GNP	292,113
5	Principal	3,692,044	5	Principal	150,203
6	Profuturo GNP	3,251,909	6	Invercap	149,670
7	Invercap	3,119,734	7	PensionISSSTE	110,013
8	PensionISSSTE	1,271,636	8	Coppel	108,404
9	Azteca	1,256,338	9	Inbursa	104,930
10	Inbursa	1,146,269	10	Metlife	68,638
11	Metlife	994,485	11	Azteca	32,641
Total		46,521,115			2,366,382

^{1/} Cifras no incluyen cuentas ni recursos administrados por Afore XXI Banorte como prestadora de servicios.
Fuente: Comisión Nacional del Sistema de Ahorro para el Retiro

IX.2.4. Rendimientos financieros obtenidos en 2014

El cuadro IX.9 presenta los ingresos obtenidos durante 2014 por productos financieros. Las tasas de rendimiento en 2014 fueron menores a las de 2013, excepto para el Fondo Laboral, debido principalmente a que el Banco de México redujo en junio la tasa de interés de referencia de 3.5% a 3%, lo cual impactó de manera general a la curva de tasas de interés en México para los diferentes plazos de inversión.

Cuadro IX.9.
Productos financieros por reserva y Fondo Laboral,
2013 y 2014^{1/}, ^{2/}, ^{3/}
(millones de pesos y tasas^{4/})

Reserva/Fondo	2013		2014	
	Mdp ^{5/}	Tasas (%)	Mdp ^{5/}	Tasas (%)
RO	578	4.22	587	3.61
ROCF	161	4.09	341	3.59
RGFA	133	4.29	121	3.50
RFA	8,002	8.84	4,523	5.26
Fondo Laboral	1,074	3.89	2,341	7.25
Subcuenta 1	-678	-27.04	22	3.27
Subcuenta 2	1,752	6.99	2,319	7.33
Total	9,948	7.16	7,912	5.36

^{1/} Incluyen rendimientos por inversión en dólares acumulados en el año y la fluctuación cambiaria de la posición en moneda extranjera.

^{2/} Incluyen los productos financieros de la Afore XXI Banorte, S. A. de C. V.

^{3/} Incluyen disminuciones por provisiones contables de deterioro (no materializado) en 2013.

^{4/} Tasas nominales

^{5/} Millones de pesos corrientes

Fuente: Dirección de Finanzas, IMSS

Por otro lado, la Subcuenta 2 del Fondo Laboral, cuyo perfil de inversión es de largo plazo, presentó un aumento en la tasa de rendimiento respecto al año previo, debido a que mantiene una concentración importante en instrumentos de tasa real (aproximadamente 50% de las inversiones), los cuales generaron rendimientos favorables en un contexto de inflación creciente, derivado, en parte, por los efectos de la reforma fiscal. Asimismo, la tasa de rendimiento de la Subcuenta 2 del Fondo Laboral se vio favorecida por el incremento de la posición en deuda corporativa

contemplado en la estrategia de inversión aprobada por la Comisión de Inversiones Financieras.

En el caso de la Subcuenta 1 del Fondo Laboral, los rendimientos en 2013 se vieron afectados tanto por la cancelación de acciones de Metrofinanciera, recibidas por la reestructura de títulos de deuda en julio de 2010, como por el registro de deterioro de los instrumentos financieros hipotecarios; en ambos casos, estos acontecimientos ya no tienen efecto en 2014.

El rendimiento acumulado para el ejercicio 2014, fue inferior en 180 puntos base respecto al ejercicio de 2013, debido a la baja generalizada en las tasas de interés.

IX.2.5. Riesgos financieros de las inversiones institucionales

El Instituto administra los riesgos financieros de mercado y de crédito a que se encuentran expuestos los portafolios de inversión, con base en el marco normativo, y bajo criterios de diversificación de riesgos, transparencia y respeto a las sanas prácticas y usos del medio financiero nacional e internacional.

El control y monitoreo de los riesgos de mercado y de crédito de las inversiones de las Reservas Financieras y Actuariales, la Reserva General Financiera y Actuarial, y la Subcuenta 2 del Fondo Laboral se realizan mediante la cuantificación del indicador estadístico Valor en Riesgo (VaR), que es un estimado de la máxima pérdida esperada que puede sufrir un portafolio durante un periodo específico y con un nivel de confianza o probabilidad definido, y conforme a los límites y referencias establecidos en la normatividad.

El valor en riesgo de mercado es la cuantificación de la pérdida potencial ante cambios en los factores de riesgo, tales como tasas de interés nominales o reales, tipos de cambio, inflación, índices de precios, entre otros, cuyos movimientos pueden generar cambios en

el valor de mercado de los portafolios de inversión; en tanto que el valor en riesgo de crédito hace referencia a la cuantificación de la pérdida potencial en una operación de inversión, derivada del incumplimiento de un compromiso de pago del emisor o deudor.

Las posiciones de los valores en riesgo de mercado y crédito de las Reservas Financieras y Actuariales, la Reserva General Financiera y Actuarial, y la Subcuenta 2 del Fondo Laboral al 31 de diciembre de 2014, con respecto a los límites y referencias establecidos, se presentan en el cuadro IX.10.

Cuadro IX.10.
Valor en riesgo de mercado y de crédito
al cierre de 2014
(Límites y posición)

Posición al 31 de diciembre				
Porcentaje sobre el valor de mercado de cada cartera				
Portafolio	Valor en Riesgo de mercado		Valor en Riesgo de crédito	
	Observado	Límite¹⁾	Observado	Límite¹⁾
RGFA	0.03	1.50	0.35	2.50
RFA	0.21	2.50	0.69	4.50
Subcuenta 2	1.63	5.50	0.73	4.50

¹⁾ Límites establecidos en la normatividad en materia de inversiones financieras vigentes a partir del 28 de enero de 2014
Fuente: Dirección de Finanzas, IMSS

Además de los límites de Valor en Riesgo, las inversiones deben cumplir diversos límites de inversión, tales como límites por clase de activo, plazos máximos de inversión diferenciados por la calificación crediticia del instrumento financiero dentro de cada clase de activo, límites por contraparte bancaria y límites de duración u horizonte de inversión. En el caso de deuda corporativa, las operaciones de inversión deben cumplir también con límites por calificación crediticia, por emisor, por emisión y por sector económico, entre otros.

El monitoreo del cumplimiento de los límites de inversión y los límites de riesgo de mercado y de crédito se realiza diariamente conforme a lo establecido en la normatividad y se presentan a la Comisión de Inversiones Financieras en cada sesión ordinaria.



Pasivo Laboral y Otros Riesgos del Instituto



En adición al análisis de la situación financiera de los seguros que administra el IMSS, también se da seguimiento cada año al análisis de la situación financiera que corresponde a:

- La situación del pasivo laboral a cargo del IMSS en su carácter de patrón, que se deriva del Régimen de Jubilaciones y Pensiones al que tienen derecho los trabajadores contratados hasta el 15 de octubre de 2005.
- La situación financiera de la Subcuenta 2 del Fondo para el Cumplimiento de Obligaciones Laborales de Carácter Legal o Contractual¹⁰⁸, a través de la cual se determina si se cuentan con los recursos necesarios para cubrir los costos futuros derivados del Régimen de Jubilaciones y Pensiones que se establece en el Convenio Adicional para las Jubilaciones y Pensiones de los Trabajadores de Base de Nuevo Ingreso¹⁰⁹ y que, de acuerdo con lo que se establece en el Artículo 277 D de la Ley del Seguro Social, en todo momento debe estar plenamente financiado. El pasivo por pensiones que proviene de los trabajadores contratados bajo dicho Convenio no constituye un pasivo para el IMSS en su carácter de patrón.
- Los principales riesgos que enfrenta el IMSS con relación a las contingencias de carácter litigioso.

¹⁰⁸ Para efectos de este capítulo se utilizará el término Subcuenta 2 del Fondo Laboral.

¹⁰⁹ Para efectos de este capítulo se utilizará el término Convenio 2005

Respecto al análisis de contingencias de carácter litigioso se concentra en asuntos de carácter laboral, fiscal, administrativo, penal, civil y mercantil que en el corto plazo pueden causar obligaciones de pago al Instituto.

X.1. Pasivo laboral del Instituto en su carácter de patrón

Para la medición del pasivo laboral del IMSS en su carácter de patrón, se presentan los resultados del estudio actuarial al 31 de diciembre de 2014 realizado por el despacho externo contratado por el Instituto¹¹⁰, el cual tiene como propósito determinar:

- El pasivo que se genera por el pago de la prima de antigüedad e indemnizaciones a los trabajadores al término de su relación laboral con el Instituto, el cual se calcula conforme a lo que se establece en el Contrato Colectivo de Trabajo que el IMSS tiene celebrado con sus trabajadores y en el Estatuto de trabajadores de Confianza "A" del IMSS¹¹¹.
- El pasivo que se deriva del plan de pensiones de los trabajadores del IMSS, y que se determina conforme a lo que se establece en el denominado Régimen de Jubilaciones y Pensiones que forma parte del Contrato Colectivo de Trabajo.

Respecto al pasivo laboral del Régimen de Jubilaciones y Pensiones para los trabajadores del Instituto contratados a diciembre de 2014, en la sección X.1.3 de este capítulo se informa de manera independiente sobre el pasivo de este Régimen que corresponde a los trabajadores del Programa IMSS-PROSPERA.

El cálculo del pasivo laboral se realiza de acuerdo con lo que establece la Norma de Información Financiera D-3 (NIF D-3) "Beneficios a los Empleados"¹¹² y se determina aplicando el método de crédito unitario proyectado¹¹³. Esta metodología requiere de supuestos financieros y demográficos, los cuales se presentan en el Anexo F.

Los principales resultados que se obtienen conforme a la Norma de Información Financiera son:

- Obligaciones por beneficios definidos: es el valor presente del total de los beneficios devengados de acuerdo con los años de servicios prestados.
- Activos del plan: son los recursos destinados al plan de pensiones, que en el caso del IMSS se encuentran depositados en la Subcuenta 1 del Fondo Laboral.
- Pasivo o activo neto proyectado: es la diferencia entre las obligaciones por beneficios definidos, los activos del plan de pensiones y las partidas pendientes de amortizar; estas últimas son obligaciones transitorias que dependen de la fecha en que se comenzó a aplicar la NIF D-3 (pérdidas y ganancias; variaciones en supuestos; ajustes por experiencia de los servicios anteriores y modificaciones).
- Costo neto del periodo: es el costo derivado de la relación laboral atribuible al año de la valuación y está integrado por los siguientes conceptos:
 - Costo laboral: representa el costo de los beneficios adquiridos por el trabajador, por haber cumplido un año más de vida laboral.
 - Costo financiero: es el costo del financiamiento por el periodo atribuible a las obligaciones por beneficios definidos, considerando en su cálculo los efectos por los pagos estimados del periodo.

¹¹⁰ La Valuación Actuarial del Régimen de Jubilaciones y Pensiones y de la Prima de Antigüedad e Indemnizaciones de los Trabajadores del IMSS bajo la Norma de Información Financiera D-3 "Beneficios a los Empleados" al 31 de diciembre de 2014 y Proyecciones para 2015, fue realizada por el despacho AON México Business Support, S. A. de C. V.

¹¹¹ Para efectos de este capítulo se utilizará el término Estatuto A.

¹¹² Emitido por el Consejo Mexicano de Normas de Información Financiera, A. C.

¹¹³ El método de crédito unitario proyectado es un método de valuación actuarial, en el cual se contempla cada año de servicio prestado como generador de una unidad adicional de derecho a los beneficios y se valúa cada unidad de forma separada asignándole una probabilidad de que el evento ocurra para determinar la obligación devengada.

- Rendimiento de los activos del plan: se refiere a los rendimientos que se espera obtener durante el año de valuación por la inversión de los recursos acumulados en la Subcuenta 1 del Fondo Laboral.
- Amortización de:
 - ° Variaciones en supuestos y ajustes por experiencia: refleja el impacto en el pasivo derivado por cambios en los supuestos utilizados para el cálculo de las obligaciones.
 - ° Servicios anteriores y modificaciones al plan: representan el reconocimiento retroactivo de los beneficios que se otorgan a los trabajadores.
- Contribución de los trabajadores: es la contribución de los trabajadores al plan de pensiones, y se considera como una disminución del costo neto del periodo.

En adición a los resultados señalados anteriormente y que se obtienen conforme a la NIF D-3, se determina el Valor Presente de Obligaciones Totales, el cual se define como el costo total estimado que se tiene a la fecha de valuación por los beneficios de prima de antigüedad, indemnizaciones y del Régimen de Jubilaciones y Pensiones que se otorgan a los trabajadores.

X.1.1. Pasivo laboral por la prima de antigüedad e indemnizaciones

La estimación del pasivo laboral a cargo del IMSS en su carácter de patrón por el pago de la prima de antigüedad e indemnizaciones, contempla los pagos que se realizan a sus trabajadores al término de la relación laboral por motivo de fallecimiento, invalidez, incapacidad permanente, jubilación por años de servicio, cesantía en edad avanzada, vejez, despido y renuncia. La estimación de los beneficios antes mencionados es con base en el Contrato Colectivo de Trabajo y en el Estatuto A del IMSS¹¹⁴.

Beneficios valuados

Los beneficios valuados se clasifican en terminación y retiro, esto de acuerdo con lo que establece la Norma de Información Financiera D-3, mostrándose en el cuadro X.1 la clasificación de los beneficios por prima de antigüedad e indemnizaciones.

Cuadro X.1.
Beneficios por terminación y por retiro valuados conforme a la Norma de Información Financiera D-3 "Beneficios a los Empleados" por prima de antigüedad e indemnizaciones

Beneficios por terminación	Beneficios por retiro
Prima de antigüedad e indemnizaciones por:	Prima de antigüedad ^{2/} por:
- Muerte	- Jubilación por años de servicio
- Invalidez e incapacidad permanente	- Cesantía en edad avanzada
- Despido ^{1/}	- Vejez
- Renuncia ^{1/}	

^{1/} Para despido justificado y renuncia se paga únicamente la prima de antigüedad.

^{2/} Los trabajadores contratados bajo el Convenio del 2008 y del Estatuto A del IMSS únicamente acceden a la prima de antigüedad por cesantía en edad avanzada o vejez.

Fuente: Dirección de Finanzas, IMSS.

¹¹⁴ Para los trabajadores contratados bajo el Estatuto A se valúan las obligaciones que se establecen en la Ley Federal del Trabajo, y para el caso de fallecimiento del trabajador por causas distintas a un riesgo de trabajo, se valúa adicionalmente conforme a lo que establece el Estatuto A una indemnización.

Población valuada

Los trabajadores que se consideran para la valuación actuarial son todos los que se identifican en activo, independientemente de su esquema de contratación, es decir, la población se conforma con los siguientes grupos:

- Trabajadores contratados hasta el 15 de octubre de 2005 y que tienen derecho al Régimen de Jubilaciones y Pensiones.
- Trabajadores contratados entre el 16 de octubre de 2005 y el 31 de julio de 2008, bajo las condiciones del "Convenio Adicional para las Jubilaciones y Pensiones de los Trabajadores de Base de Nuevo Ingreso"¹¹⁵.
- Trabajadores contratados a partir del primero de agosto de 2008, bajo las condiciones del "Convenio para dar Cumplimiento a la Cláusula Seis Segunda del Convenio Adicional para las Jubilaciones y Pensiones de los Trabajadores de Base de Nuevo Ingreso"¹¹⁶.

- Trabajadores de Confianza "A" contratados a partir del primero de enero de 2012 bajo el "Estatuto de trabajadores de Confianza "A" del Instituto Mexicano del Seguro Social"¹¹⁷.

Resultados demográficos

El número de trabajadores que se estima causarán baja del Instituto en los próximos 45 años y que se les realizarán pagos por prima de antigüedad y/o indemnizaciones se muestra en el cuadro X.2, desagregando el motivo de la baja. Durante el periodo de proyección, la principal causa de baja de los trabajadores es por jubilación, cesantía en edad avanzada y vejez, representando 91% del total de las bajas. En el corto plazo el número de bajas por esta causa proviene de personal contratado bajo los beneficios del Régimen de Jubilaciones y Pensiones, mismo que a diciembre de 2014 reporta una antigüedad promedio de 18.76 años.

Cuadro X.2.
Proyección 2015-2060 de trabajadores IMSS que recibirán pagos por prima de antigüedad e indemnizaciones

Año de Proyección	Proyección de bajas de la actividad laboral que causarán pagos por indemnizaciones y prima de antigüedad								Total
	Muerte	Invalidez	Muerte Riesgos de Trabajo	Incapacidad	Renuncia	Despido justificado	Despido injustificado	Jubilación, Cesantía y Vejez	
2015	497	634	8	135	287	26	117	14,004	15,707
2020	445	588	6	123	219	20	102	14,266	15,770
2025	429	602	5	123	159	17	91	8,652	10,078
2030	420	639	4	126	102	13	71	10,460	11,834
2035	385	635	3	121	59	11	50	7,107	8,372
2040	311	540	2	101	30	7	30	13,344	14,366
2045	161	306	1	55	10	3	11	10,653	11,201
2050	41	89	0	14	2	1	2	5,400	5,548
2055	4	20	0	2	0	0	0	389	415
2060	2	11	0	1	0	0	0	1	16

Fuente: Valuación Actuarial, Aon México Business Support, S. A. de C.V. La valuación se realizó considerando a los trabajadores contratados a la fecha de valuación y no contempla la incorporación de nuevos trabajadores en el periodo de proyección.

¹¹⁵ Para efectos de este capítulo se utilizará el término Convenio de 2005.

¹¹⁶ Para efectos de este capítulo se utilizará el término Convenio de 2008.

¹¹⁷ Para efectos de este capítulo se utilizará el término Estatuto A

Resultados financieros

Para los beneficios por prima de antigüedad e indemnizaciones se estima que el valor presente de obligaciones totales asciende a 102,607 millones de pesos de 2014, de los cuales corresponde 17.5% para las obligaciones por terminación y 82.5% para las obligaciones por retiro. Se espera que el comportamiento futuro del valor presente de estas obligaciones no tenga fluctuaciones fuertes, debido a que su crecimiento está condicionado a las

contrataciones de trabajadores que realiza el IMSS cada año.

Principales resultados de la aplicación de la Norma de Información Financiera D-3

De acuerdo con la Norma de Información Financiera D-3, los principales resultados de la valuación actuarial de la prima de antigüedad e indemnizaciones que deben presentarse son los que se muestran en el cuadro X.3, de los cuales se observa:

Cuadro X.3.
Principales resultados de la valuación actuarial por prima de antigüedad e indemnizaciones, al 31 de diciembre de 2014, de acuerdo con la Norma de Información Financiera D-3
(millones de pesos de 2014)

Características principales del plan	Total	Prima de Antigüedad	
		Terminación	Retiro
1. Importe de las obligaciones por derechos adquiridos ^{1/}	7,331	-	7,331
2. Importe de las obligaciones por beneficios definidos	49,985	7,918	42,067
3. Importe de los servicios anteriores y las modificaciones al plan	4,859	-84	4,943
4. Importe del pasivo o activo de transición proveniente de las prestaciones valuadas	-	-	-
5. Importe de las pérdidas o ganancias pendientes de reconocer	26,547	-	26,547
6. Importe del pasivo o activo neto proyectado	-18,579	-8,002	-10,577
7. Importe del costo neto del periodo	7,789	557	7,232
8. Importe de los pagos	-4,469	-641	-3,828
9. Periodo de amortización de las partidas pendientes de amortizar, para las prestaciones valuadas		-	17
10. Indicar si los cálculos fueron efectuados por actuarios independientes o por la propia empresa		INDEPENDIENTE (Aon México Business Support, S. A. de C. V.)	
11. Las tasas utilizadas en el cálculo de las obligaciones por beneficios y rendimientos de los activos del plan: tasa de descuento, tasa de incremento de salario y tasa estimada de largo plazo de los rendimientos de los activos del plan ^{2/ 3/}			
Tasa de descuento	7.00%		
Tasa de incremento de salario ^{4/}	4.56%		
Tasa de incremento al salario mínimo	3.52%		
Tasa estimada a largo plazo de los rendimientos de los activos del plan	7.00%		
12. El efecto de incrementar un punto la tasa utilizada del costo de otros beneficios, considerando los demás supuestos sin cambio en la suma del costo laboral y el costo financiero		No aplica	
13. Activos del plan	-	-	-
14. Reserva de obligaciones contractuales	-18,579	-8,002	-10,577

^{1/}Las obligaciones por derechos adquiridos consideran las obligaciones por beneficios definidos correspondientes a la prima de antigüedad e indemnizaciones de los trabajadores que han alcanzado los derechos a la jubilación o a la pensión por edad

^{2/}Para la realización de cálculo se consideró una curva de tasas de inflación en el periodo 2015-2019, a partir de 2020 la inflación es constante

^{3/}Las tasas mostradas corresponden al primer año de proyección.

^{4/}La tasa mostrada no incluye la tasa de incremento por carrera salarial ni el factor de ajuste al salario por incremento de antigüedad, pero si es considerada en el cálculo de las obligaciones.

Fuente: Valuación Actuarial, Aon México Business Support, S. A. de C. V.

- Obligaciones por beneficios definidos: al 31 de diciembre de 2014 el monto de las obligaciones derivado de la prima de antigüedad e indemnizaciones asciende a 49,985 millones de pesos, de los cuales se tiene reconocido en el balance contable del IMSS 18,579 millones de pesos, que representan 37% de las obligaciones por beneficios definidos.
- Costo neto del periodo: de acuerdo con la Norma de Información Financiera D-3 el costo generado durante 2014 es de 7,789 millones de pesos; sin embargo, el IMSS hizo un cargo a resultados del ejercicio 2014 por 4,469 millones de pesos. Lo anterior, se realizó en apego a la Norma de Información Financiera Gubernamental General para el Sector Paraestatal 05 de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, mediante la cual el registro de las obligaciones laborales se realiza de manera parcial dentro de los Estados Financieros y, por lo tanto, el pasivo no registrado se afecta en ejercicios futuros.

El importe no reconocido del costo neto del periodo por prima de antigüedad e indemnizaciones por 3,320 millones de pesos¹¹⁸ se acumula en una partida de servicios anteriores pendiente de amortizar, que deberá reconocerse a partir del ejercicio 2015 de acuerdo con lo establecido en la Norma de Información Financiera D-3, según el tipo de beneficio.

X.1.2. Pasivo laboral por el Régimen de Jubilaciones y Pensiones

El pasivo laboral por pensiones es el que se genera por las obligaciones que tiene el IMSS con los trabajadores que ha contratado bajo la cobertura del Régimen de Jubilaciones y Pensiones incorporado en el Contrato Colectivo de Trabajo. Los beneficios por pensión que se otorgan conforme a dicho Régimen tienen un

componente que proviene de la Ley del Seguro Social y es cubierto por el IMSS en su carácter de asegurador, y otro complementario de esa Ley.

El pasivo generado por el componente a cargo del IMSS-Asegurador proviene de dos generaciones de trabajadores. La primera corresponde a los trabajadores que cotizaron al Seguro Social antes del 1° de julio de 1997, para los cuales, sus pensiones se consideran bajo la Ley del Seguro Social de 1973 con cargo al Gobierno Federal. La segunda corresponde a los trabajadores que empezaron a cotizar a partir del 1° de julio de 1997, para los cuales sus beneficios por pensión antes de alcanzar el retiro serán con cargo a los ingresos por cuotas de los Seguros de Riesgos de Trabajo e Invalidez y Vida, y en el caso de retiro será con cargo a su cuenta individual conforme a lo que se establece en la Ley del Seguro Social vigente a partir de julio de 1997.

En cuanto al pasivo que se genera por la parte complementaria, que se determina por la diferencia entre la pensión que otorga el Régimen de Jubilaciones y Pensiones y la que se otorga conforme a la Ley del Seguro Social, se financia con recursos del IMSS en su carácter de patrón y con las aportaciones que realizan los trabajadores a dicho Régimen.

Bajo este contexto, el financiamiento del Régimen de Jubilaciones y Pensiones proviene de tres fuentes:

- i) Los recursos del IMSS-Asegurador.
- ii) Las aportaciones de los trabajadores activos a este Régimen, correspondientes a 3% del salario base y del fondo de ahorro.
- iii) Los recursos que aporta el IMSS de su presupuesto para complementar el Régimen de Jubilaciones y Pensiones, es decir, la parte del IMSS-Patrón¹¹⁹.

¹¹⁸ Resulta de la diferencia entre el costo neto del periodo (7,789) y el cargo a resultados de 2014 (4,469)

¹¹⁹ A partir de 2009 se han utilizado para el financiamiento del Régimen de Jubilaciones y Pensiones recursos de la Subcuenta 1 del Fondo para el Cumplimiento de Obligaciones Laborales de Carácter Legal o Contractual. Esta subcuenta se ha integrado a partir de aportaciones del IMSS-Patrón y de los productos financieros generados por la misma. A diciembre de 2014, esta subcuenta tiene un saldo de 116 millones de pesos, y en este año no se utilizaron sus recursos para el financiamiento de ese Régimen.

El pasivo de este Régimen ya no se está incrementando; sin embargo, era muy grande y se va a tener que pagar en los siguientes años, por las jubilaciones y pensiones que se continúen otorgando a los trabajadores contratados hasta el 15 de octubre de 2005 y que en el futuro continúen en activo (costo de transición).

Para detener el crecimiento acelerado del pasivo laboral derivado del Régimen de Jubilaciones y Pensiones se han implementado cuatro disposiciones:

- La primera disposición introdujo cambios en la Ley del Seguro Social a partir del 12 de agosto de 2004, en los Artículos 277 D y 286 K. A partir de esta reforma, el Instituto no puede crear, contratar o sustituir plazas sin el respaldo de los recursos necesarios para cubrir los costos futuros derivados del Régimen de Jubilaciones y Pensiones, y tampoco puede utilizar los recursos del IMSS-Asegurador para ese propósito.
- La segunda disposición es el Convenio suscrito el 14 de octubre de 2005 entre el IMSS y el Sindicato Nacional de Trabajadores del Seguro Social. Mediante esta disposición se modificaron para los trabajadores contratados a partir del 16 de octubre de 2005 los requisitos de edad y antigüedad para la jubilación por años de servicio, al pasar de 27 (mujeres)/28 (hombres) años de antigüedad y sin requisito de edad en el Régimen de Jubilaciones y Pensiones a 34 (mujeres)/35 (hombres) y 60 años de edad bajo el Convenio de 2005. Las principales características de financiamiento es que se establece un nuevo esquema de contribuciones, en donde los recursos provienen de dos fuentes: i) las que hacen los trabajadores activos de Base y Confianza que ingresaron al IMSS antes del 16 de octubre de 2005 (7% del salario base y del fondo de ahorro), y ii) las que hacen los propios trabajadores contratados bajo el Convenio de 2005 (10% del salario base y del fondo de ahorro);

además, en este plan de pensiones prevalece la característica de que los beneficios por pensión son complementarios a los que establece la Ley del Seguro Social. En el cuadro X.11 se describen las contribuciones y requisitos de pensión del Convenio. Este esquema no le genera al Instituto un pasivo laboral adicional derivado del plan de pensiones.

- La tercera disposición es el Convenio suscrito el 27 de junio de 2008 entre el IMSS y el Sindicato Nacional de Trabajadores del Seguro Social, en el cual se establece un nuevo esquema de pensiones aplicable a los trabajadores que se hayan contratado a partir del 1° de agosto de 2008¹²⁰. Este esquema de pensiones otorga prestaciones complementarias que son bajo un esquema de contribución definida, que se financia únicamente con los recursos que aportan los propios trabajadores a sus cuentas individuales del Sistema de Ahorro para el Retiro, por lo que el IMSS en su carácter de patrón tampoco genera un pasivo laboral por pensiones derivado de las nuevas contrataciones bajo este Convenio, por lo tanto no se hace valuación actuarial de esta prestación.
- La cuarta disposición fue la entrada en vigor a partir del 1° de enero de 2012 del Estatuto A, el cual establece para los trabajadores de Confianza "A" que sus beneficios por pensión son de acuerdo con lo dispuesto en el Apartado A del Artículo 123 Constitucional. Con este ordenamiento legal tampoco se genera un pasivo por pensiones a cargo del IMSS en su carácter de patrón y tampoco se realiza una valuación actuarial.

Para efectos de la valuación actuarial del esquema de pensiones del Régimen de Jubilaciones y Pensiones, bajo la Norma de Información Financiera D-3, el pasivo que se valúa es el que corresponde a las pensiones complementarias y es sobre este pasivo sobre el cual se informa en este apartado.

¹²⁰ El Convenio de 2008 no cubre a los trabajadores de Confianza "A" contratados a partir del 1° de enero de 2012.

Beneficios valuados

De acuerdo con la Norma de Información Financiera D-3, los beneficios valuados se agrupan en terminación y retiro. Los beneficios por terminación son los que deben pagarse al trabajador o sus beneficiarios en los casos de terminación de la relación laboral, cuando ésta ocurra antes de que el trabajador se pensione por jubilación o por cesantía en edad avanzada o vejez. Los beneficios por retiro son los que deben pagarse al momento de la jubilación o cesantía en edad avanzada o vejez, o posteriormente a esta fecha.

Cuadro X.4.

Beneficios por terminación y por retiro valuados conforme a la Norma de Información Financiera D-3 "Beneficios a los Empleados" del Régimen de Jubilaciones y Pensiones

Beneficios por terminación	Beneficios por retiro
Pensiones por:	Pensiones por:
- Invalidez	- Jubilación
- Incapacidad permanente	- Cesantía en edad avanzada
- Muerte	- Vejez

Fuente: Dirección de Finanzas, IMSS.

Población valuada

La población valuada con derecho a los beneficios del Régimen de Jubilaciones y Pensiones se agrupa en: i) los trabajadores activos de Base y Confianza que ingresaron al IMSS antes del 16 de octubre de 2005, y ii) los jubilados y pensionados bajo dicho Régimen, ambas poblaciones vigentes a la fecha de la valuación.

Los trabajadores con derecho a los beneficios establecidos en este Régimen son un grupo cerrado, al cual ya no se incorporan nuevos trabajadores. Por esa razón, en el tiempo irá disminuyendo, debido a

salidas por renuncia, despido, jubilación, invalidez, incapacidad o fallecimiento, siendo la jubilación la causa que genera el mayor número de decrementos en la población.

Para la valuación a diciembre de 2014 se identificaron 238,788 trabajadores con derecho a los beneficios establecidos en el Régimen de Jubilaciones y Pensiones¹²¹, con una edad promedio de 46 años y una antigüedad promedio de 19 años. El número de trabajadores respecto a los valuados a diciembre de 2013 disminuyó en 4%, es decir, que se registró una baja de 10,043 trabajadores.

Además, se valoraron 251,739 jubilados y pensionados, con una edad promedio de 61.7 años (cuadro X.5). El número de pensionados respecto al que se valuó a diciembre de 2013 aumentó en 9,584 pensionados, cifra que representa un incremento de 4%.

Cuadro X.5.

Población de jubilados y pensionados del IMSS considerada en la valuación actuarial del Régimen de Jubilaciones y Pensiones, al 31 de diciembre de 2014

Concepto	Número de pensionados ^{1/}	Edad promedio
Pensionados directos ^{2/}	227,125	62.1
Pensionados derivados ^{3/}	24,614	58.1
Totales	251,739	61.7

^{1/} El número total de pensionados incluye 1,201 pensionados que se identificaron en proceso de incorporación a la nómina

^{2/} Pensionados por invalidez, incapacidad permanente, jubilación, cesantía en edad avanzada y vejez.

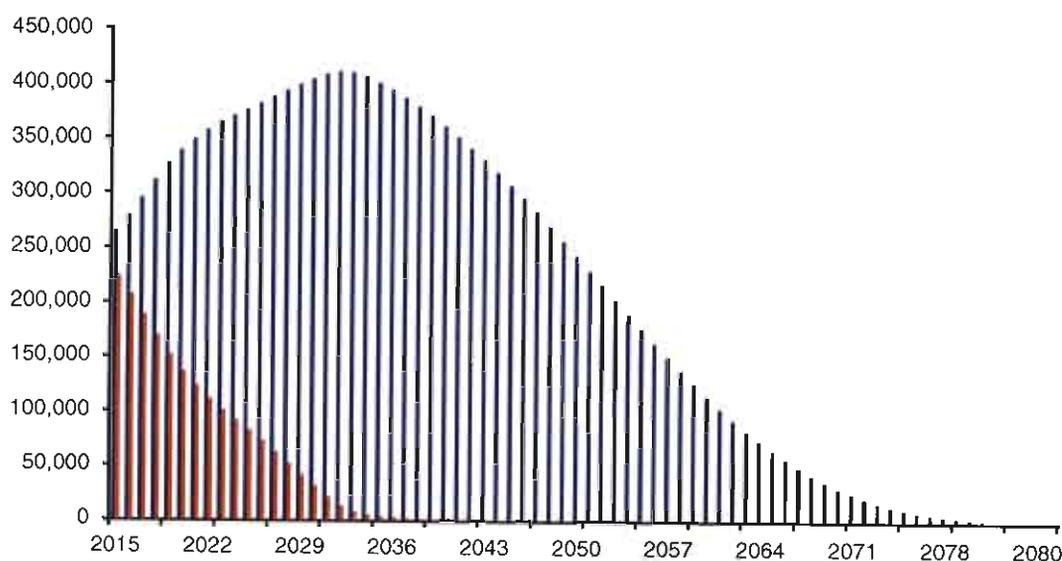
^{3/} Pensionados por viudez, orfandad y ascendencia

Fuente: Dirección de Finanzas, IMSS

En el futuro, el número de trabajadores con derecho al Régimen de Jubilaciones y Pensiones continuará disminuyendo y el número de pensionados, aumentando, tal y como se muestra en la gráfica X.1.

¹²¹ En esta valuación no se consideran con derecho a los beneficios del Régimen de Jubilaciones y Pensiones a los siguientes grupos de población i) los trabajadores contratados bajo el Convenio de 2005, ii) los trabajadores que ingresaron bajo el Convenio de 2008, y iii) los trabajadores de Confianza "A" bajo la cobertura del Estatuto A.

Gráfica X.1.
Proyección del número de trabajadores y pensionados



Fuente: Valuación Actuarial, Aon México Business Support, S. A. de C. V.

Resultados demográficos

El comportamiento futuro de los jubilados y pensionados se presenta en el cuadro X.6, en el que se muestra cómo se irá dando en el tiempo la incorporación de los nuevos pensionados, así como la permanencia y supervivencia de los pensionados valuados a diciembre de 2014. De los resultados se desprende lo siguiente:

- i) Se estima que durante los próximos siete años el número de nuevos jubilados y pensionados provenientes de los 238,788 trabajadores valuados será de 16,623 en promedio por año.
- ii) Al final del 2035 se estima que habrá 400,772 jubilados y pensionados vigentes (columna j). Estos pensionados se integrarán por los 227,089 nuevos jubilados y pensionados vigentes (columna i), más los pensionados en curso de pago que estarán vigentes en ese año y que se estiman en 173,683 (columna c).

Resultados financieros

Las estimaciones financieras que se reportan son el flujo de gasto total anual del Régimen de Jubilaciones y Pensiones, incluyendo el que corresponde al Programa IMSS-Prospera, el que está a cargo del IMSS-Asegurador, y el que corresponde al IMSS en su carácter de patrón, es decir, que el flujo tiene descontado el monto de las aportaciones que realizan los trabajadores.

En la gráfica X.2 se muestra la proyección del flujo de gasto anual de dicho Régimen en millones de pesos de 2014. El área sombreada representa el flujo de gasto anual a cargo del IMSS-Patrón y las barras representan el flujo de gasto total anual del Régimen de Jubilaciones y Pensiones.

De la estimación del flujo de gasto total anual del Régimen se tiene que el máximo de 146,907 millones de pesos se alcanzará en el año 2034. De este monto,

Cuadro X.6.
Proyección 2015-2095 de jubilados y pensionados del IMSS
(trabajadores que ingresaron antes del 16 de octubre de 2005)

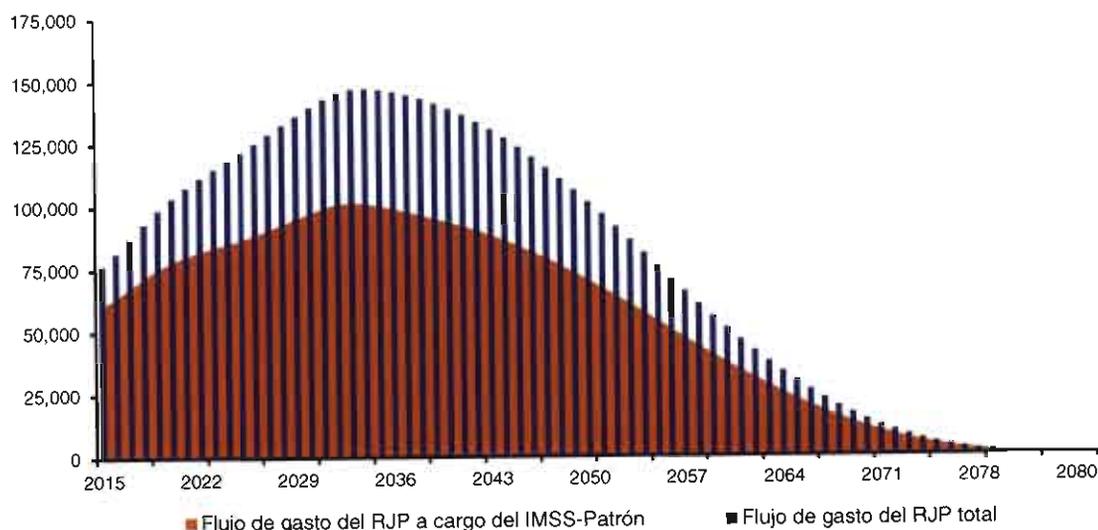
Año de Proyección	Proyección de jubilados y pensionados del Régimen de Jubilaciones y Pensiones									
	Sobrevivencia de los pensionados en curso de pago a diciembre de 2014			Nuevos pensionados provenientes de los trabajadores a diciembre de 2014			Sobrevivencia de los nuevos pensionados provenientes de los trabajadores a diciembre de 2014			Total de pensionados sobrevivientes al final de cada año
	Pensiones directas ^{1/}	Pensiones derivadas ^{2/}	Total	Pensiones directas ^{1/}	Pensiones derivadas ^{2/}	Total	Pensiones directas ^{1/}	Pensiones derivadas ^{2/}	Total	
	(a)	(b)	(c)=(a)+(b)	(d)	(e)	(f)=(d)+(e)	(g)	(h)	(i)=(g)+(h)	
2015	223,199	25,649	248,848	14,645	355	15,001	14,645	355	15,001	
2020	202,670	34,428	237,098	14,760	643	15,402	98,725	2,872	101,597	338,695
2025	179,745	41,806	221,551	8,880	1,022	9,902	147,355	6,852	154,207	375,757
2030	153,385	47,526	200,911	10,034	1,501	11,535	190,777	12,490	203,267	404,177
2035	123,308	50,375	173,683	1,410	2,110	3,520	207,189	19,900	227,089	400,772
2040	90,722	48,458	139,181	212	2,815	3,028	193,011	28,758	221,769	360,950
2045	58,742	40,331	99,073	58	3,529	3,588	170,548	37,765	208,313	307,386
2050	31,758	26,985	58,743	35	4,032	4,068	140,630	44,091	184,720	243,463
2055	13,359	13,007	26,366	23	4,057	4,081	105,426	44,102	149,528	175,894
2060	3,976	3,927	7,903	14	3,471	3,484	69,553	36,341	105,894	113,796
2065	737	710	1,447	7	2,431	2,438	38,907	23,838	62,745	64,192
2070	72	132	204	3	1,336	1,339	17,685	12,073	29,758	29,961
2075	3	35	37	1	545	546	6,192	4,474	10,665	10,703
2080	0	9	9	0	150	150	1,537	1,052	2,589	2,599
2085	0	3	3	0	22	22	237	122	358	361
2090	0	1	1	0	1	1	18	3	21	21
2095	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

^{1/} Los pensionados directos se conforman con los pensionados de jubilación por años de servicio, cesantía en edad avanzada, vejez, invalidez e incapacidad permanente.

^{2/} En el caso de los pensionados en curso de pago considera a los pensionados por viudez, orfandad y ascendencia, y en el caso de las proyecciones de nuevos pensionados beneficiarios, sólo considera viudez.

Fuente: Valuación Actuarial, Aon México Business Support, S. A. de C. V

Gráfica X.2.
Flujo de gasto anual del Régimen de Jubilaciones y Pensiones, total y a cargo del IMSS-Patrón
(millones de pesos de 2014)



Fuente: Valuación Actuarial, Aon México Business Support, S. A. de C. V.

69% (100,736 millones) corresponderá al gasto por pensiones complementarias¹²² y el restante 31% (46,170 millones) estará a cargo del IMSS-Asegurador, según corresponda a la Ley del Seguro Social de 1973 o a la Ley del Seguro Social de 1997.

Aunque el pasivo laboral ya no continúa aumentando por las nuevas contrataciones de trabajadores, el IMSS debe hacer frente a un flujo creciente de pagos por pensiones, derivado de los actuales pensionados en curso de pago y de la incorporación futura al grupo de pensionados de los trabajadores en activo con derecho a este Régimen.

En el cuadro X.7 se muestra el valor presente de obligaciones totales que corresponde a los jubilados y pensionados, y a los trabajadores en activo, indicando para cada grupo:

- i) Obligaciones totales derivadas del Régimen de Jubilaciones y Pensiones por terminación y retiro, para jubilados y pensionados (renglón a), para trabajadores (renglón d) y para el total (renglón g).
- ii) Obligaciones totales derivadas de pensiones con cargo al IMSS-Asegurador, por terminación y retiro, para jubilados y pensionados (renglón b), para trabajadores (renglón e) y para el total (renglón h).
- iii) Obligaciones totales del Régimen de Jubilaciones y Pensiones complementario por terminación y retiro, para jubilados y pensionados (renglón c), para trabajadores (renglón f) y para el total (renglón i).

¹²² De los 100,736 millones, 79 millones serán cubiertos con las aportaciones de los trabajadores, y el resto (100,657 millones) serán a cargo del IMSS-Patrón.

Cuadro X.7.
Valor presente de obligaciones totales, al 31 de diciembre de 2014, por el Régimen de Jubilaciones y Pensiones (RJP)
(millones de pesos de 2014)

Concepto	Beneficios valuados		
	Terminación	Retiro	Total
Jubilados y pensionados			
RJP total (a)	91,317	1,360,154	1,451,471
IMSS-Asegurador (b)	32,706	334,204	366,910
Pensiones complementarias (c)	58,611	1,025,950	1,084,561
Trabajadores activos			
RJP total (d)	50,411	1,320,150	1,370,561
IMSS-Asegurador (e)	27,630	409,278	436,907
Pensiones complementarias (f)	22,781	910,873	933,654
Total			
RJP total (g)=(a)+(d)	141,728	2,680,304	2,822,032
IMSS-Asegurador (h)=(b)+(e)	60,335	743,482	803,817
Pensiones complementarias (i)=(c)+(f)	81,392	1,936,822	2,018,215

Fuente: Valuación Actuarial, Aon México Business Support, S. A. de C. V.

El valor presente de obligaciones totales del Régimen de Jubilaciones y Pensiones, el cual se determina a partir de la estimación de los flujos anuales de gasto por jubilaciones y pensiones, y que corresponde a una población cerrada de 238,788 trabajadores activos y 251,739 jubilados y pensionados, es de 2.8 billones de pesos y el que se genera por pensiones complementarias asciende a 2 billones de pesos¹²³.

De estos 2 billones de pesos, 1.8 billones ya están devengados y representan 9.9% del Producto

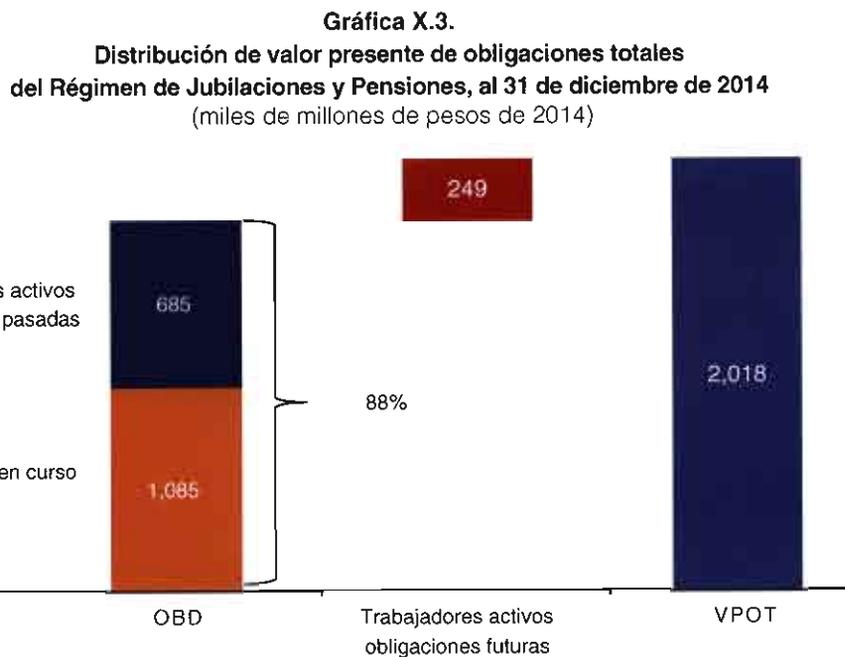
¹²³ Del valor presente de obligaciones totales por pensiones complementarias (2 billones de pesos de 2014), 0.7% será cubierto con las aportaciones de los trabajadores (0.01 billones de pesos), y el resto estará a cargo del IMSS-Patrón (2 billones de pesos). En el reporte del año anterior, el monto por pensiones complementarias mencionado era 1.9 billones de pesos; el cambio se debe a la actualización a pesos del 2015.

Interno Bruto de 2014. De acuerdo con la Norma de Información Financiera D-3, este valor se registra en las obligaciones por beneficios definidos, que equivalen al pasivo total menos las obligaciones que faltan por devengar por los trabajadores activos¹²⁴.

De las obligaciones por pensiones complementarias por 2 billones de pesos, 54% corresponden a las obligaciones para hacer frente a las pensiones en curso de pago y 34% es parte ya devengada de las obligaciones del personal activo, de tal forma que sólo queda por devengar 12% de obligaciones que corresponde al tiempo futuro que laborará el personal activo con derecho al Régimen (gráfica X.3).

Principales resultados de la aplicación de la Norma de Información Financiera D-3

La presentación de los resultados de la valuación actuarial del Régimen de Jubilaciones y Pensiones, se realiza separando lo que corresponde a terminación y a retiro, conforme a lo que establece la Norma de Información Financiera D-3, mismos que se muestran en el cuadro X.8. El pasivo que se calcula corresponde al que se genera por las pensiones complementarias a las que otorga la Ley del Seguro Social y las hipótesis de cálculo empleadas son las que se señalan en el cuadro F.3 del Anexo F. De los resultados se destacan los siguientes:



Fuente: Valuación Actuarial, Aon México Business Support, S. A. de C. V.
OBD = Obligaciones por beneficios definidos (obligaciones devengadas)
VPOT = Valor presente de obligaciones totales.

¹²⁴ Las obligaciones por beneficios definidos son las que se tienen adquiridas tanto con los pensionados en curso de pago, como con los trabajadores en activo por los servicios que estos han proporcionado desde su ingreso al IMSS hasta la fecha de valuación. Por ello se dice que son obligaciones por servicios pasados

Cuadro X.8.
Principales resultados de la valuación actuarial del Régimen de Jubilaciones y Pensiones, al 31 de diciembre de 2014,
de acuerdo con la Norma de Información Financiera D-3
(millones de pesos de 2014)

Características principales del plan	Total	Régimen de Jubilaciones y Pensiones	
		Terminación	Retiro
1. Importe de las obligaciones por derechos adquiridos ^{1/}	1,236,784	58,611	1,178,173
2. Importe de las obligaciones por beneficios definidos	1,769,490	75,326	1,694,165
3. Importe de los servicios anteriores y las modificaciones al plan	1,454,159	71,191	1,382,968
4. Importe del pasivo o activo de transición proveniente del plan de pensiones	-	-	-
5. Importe de las pérdidas o ganancias pendientes de reconocer	254,873	-	254,873
6. Importe del pasivo, activo, neto proyectado	-60,342	-4,126	-56,216
7. Importe del costo neto del periodo	756,419	76,384	680,035
8. Importe de los pagos			
Pagos	-56,108	-4,603	-51,505
9. Periodo de amortización de las partidas pendientes de amortizar, para el plan de pensiones		-	8
10. Indicar si los cálculos fueron efectuados por actuarios independientes o por la propia empresa		INDEPENDIENTE (Aon México Business Support, S. A. de C. V)	
11. Las tasas utilizadas en el cálculo de las obligaciones por beneficios y rendimientos de los activos del plan: tasa de descuento, tasa de incremento de salario y tasa estimada a largo plazo de los rendimientos de los activos del plan ^{2/, 3/}			
Tasa de descuento	7.73%		
Tasa de incremento de salario ^{4/}	5.13%		
Tasa de incremento al salario mínimo	4.61%		
Tasa estimada a largo plazo de los rendimientos de los activos del plan	7.73%		
12. El efecto de incrementar un punto la tasa utilizada del costo de otros beneficios, considerando los demás supuestos sin cambio en la suma del costo laboral y el costo financiero.		No aplica	
13. Activos del plan	116	9	108
14. Reserva de obligaciones contractuales	-60,459	-4,135	-56,324

^{1/} Las obligaciones por derechos adquiridos consideran las obligaciones de las pensiones que se encuentran en curso de pago, más las obligaciones por beneficios definidos correspondientes al Régimen de Jubilaciones y Pensiones de los trabajadores que han alcanzado los derechos a la jubilación o a la pensión por edad.

^{2/} Para la realización de cálculo se consideró una curva de tasas de inflación en el periodo 2015-2019, a partir de 2020 la inflación es constante.

^{3/} Las tasas mostradas corresponden al primer año de proyección

^{4/} La tasa mostrada no incluye la tasa de incremento por carrera salarial ni el factor de ajuste al salario por incremento de antigüedad, pero sí es considerada en el cálculo de las obligaciones.

Fuente: Valuación Actuarial, Aon México Business Support, S. A. de C. V

- Obligaciones por beneficios definidos: al 31 de diciembre de 2014 el monto de las obligaciones derivado del Régimen de Jubilaciones y Pensiones asciende a 1.8 billones de pesos (punto 2)¹²⁵, de los cuales se tiene reconocido en el balance contable del IMSS 60,459 millones de pesos (punto 14), que representan 3.4% de las obligaciones por beneficios definidos.
- Costo neto del periodo: de acuerdo con la Norma de Información Financiera D-3 el costo generado durante 2014 es de 756,419 millones de pesos (punto 7). El IMSS hizo un cargo a resultados del ejercicio 2014 por 63,306 millones de pesos. Lo anterior se realizó en apego a la Norma de Información Financiera Gubernamental General para el Sector Paraestatal 05 de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, mediante la cual el registro de las obligaciones laborales se realiza de manera parcial dentro de los Estados Financieros y, por lo tanto, el pasivo no registrado se afecta en ejercicios futuros.

El importe no reconocido del costo neto del periodo por 693,113 millones de pesos¹²⁶, se acumula en una partida de servicios anteriores pendiente de amortizar que deberá reconocerse a partir del ejercicio 2015, de acuerdo con lo establecido en la Norma de Información Financiera D-3, según el tipo de beneficio.

X.1.3. El Régimen de Jubilaciones y Pensiones del Programa IMSS-PROSPERA

El Programa IMSS-PROSPERA tiene sus antecedentes desde 1973 y es un mecanismo de salud del Gobierno Federal en beneficio de la población que habita en zonas rurales y urbano-marginadas del país.

¹²⁵ De estos 1.8 billones, 38.7% corresponde al personal activo valuado con los beneficios del Régimen de Jubilaciones y Pensiones y 61.3% al personal pensionado y jubilado de este Régimen.

¹²⁶ Resulta de la diferencia entre el costo neto del periodo (756,419 millones de pesos) y el cargo a resultados de 2014 (63,306 millones de pesos)

Derivado del convenio celebrado el 15 de octubre de 2003 entre el IMSS y el Sindicato Nacional de Trabajadores del Seguro Social y avalado por el H. Consejo Técnico, se estableció que los beneficios contenidos en el Contrato Colectivo de Trabajo del IMSS aplican para los trabajadores del Programa IMSS-PROSPERA. Esta disposición entró en vigor el primero de enero de 2004. Al igual que los trabajadores del Régimen Ordinario, fueron sujetos de las modificaciones del Régimen de Jubilaciones y Pensiones, conforme a la reforma de la Ley del Seguro Social para aquellos que fueron contratados antes del 12 de agosto de 2004.

Costo laboral del Programa IMSS-PROSPERA

A diciembre de 2014 los 14,483 trabajadores con derecho a los beneficios establecidos en el Régimen de Jubilaciones y Pensiones¹²⁷ se incluyeron en la valuación actuarial, y tenían una edad promedio de 45 años y una antigüedad promedio de 17 años. El número de trabajadores respecto a los valuados a diciembre de 2013 disminuyó en 552 trabajadores, lo cual implica una reducción de 3.7%.

Asimismo, se valoraron 5,424 jubilados y pensionados con una edad promedio de 55.3 años (cuadro X.9). Estos pensionados tenían una cuantía de pensión completa promedio mensual de 19,141 pesos¹²⁸. IMSS-PROSPERA es un programa federal y la parte del Régimen de Jubilaciones y Pensiones de sus jubilados y pensionados que es complementaria a la de la Ley del Seguro Social se cubre con las aportaciones y transferencias del Ramo 19 y las aportaciones de los trabajadores a dicho Régimen, es decir, no se toma de los ingresos del Instituto, porque es fondeado con recursos del Programa IMSS-PROSPERA.

¹²⁷ En esta valuación no se consideran con derecho a los beneficios del Régimen de Jubilaciones y Pensiones a los siguientes grupos de población: i) los trabajadores contratados bajo el Convenio de 2005; ii) los trabajadores que ingresaron bajo el Convenio de 2008, y iii) los trabajadores de Confianza "A" bajo la cobertura del Estatuto A.

¹²⁸ La cuantía completa promedio mensual se estima a partir de la suma del importe mensual de la pensión, el aguinaldo mensual, la parte proporcional del aguinaldo anual y del fondo de ahorro.

Cuadro X.9.
Jubilados y pensionados del Programa
IMSS-PROSPERA considerados en la valuación
actuarial del Régimen de Jubilaciones y Pensiones,
al 31 de diciembre de 2014

Concepto	Número de pensionados^{1/}	Edad promedio
Pensionados directos ^{2/}	5,074	56.7
Pensionados derivados ^{3/}	350	35.4
Totales	5,424	55.3

^{1/}El número total incluye a 53 pensionados que se identificaron en proceso de incorporación a la nómina de jubilados y pensionados.

^{2/}Pensionados por invalidez, incapacidad permanente, jubilación, cesantía en edad avanzada y vejez.

^{3/}Pensionados por viudez, orfandad y ascendencia.

Fuente: Dirección de Finanzas, IMSS

Las proyecciones demográficas de la valuación, presentadas en el cuadro X.10, señalan que en los próximos 21 años se retirarán, por motivo de pensión, aproximadamente 13,756 trabajadores adscritos a IMSS-PROSPERA (columna g), lo que equivale a 95% de la plantilla de 14,483 trabajadores con derecho al Régimen de Jubilaciones y Pensiones que se valoraron al 31 de diciembre de 2014.

Los resultados financieros indican que al 31 de diciembre de 2014 el pasivo correspondiente a las obligaciones por beneficios definidos del Régimen de Jubilaciones y Pensiones que han generado los trabajadores de IMSS-PROSPERA es de 53,517 millones de pesos de 2014. Este pasivo no se encuentra fondeado, ya que las aportaciones de los trabajadores solamente financian una parte del gasto anual que realiza el IMSS para cubrir las jubilaciones y pensiones de los trabajadores del programa. La diferencia entre las obligaciones y las aportaciones antes mencionadas se cubrirán con transferencias y aportaciones del Ramo 19 del gasto del Gobierno Federal.

X.2. Situación financiera del Fondo Laboral para las contrataciones bajo el Convenio de 2005

Dentro de los acuerdos que han celebrado el Sindicato Nacional de los Trabajadores del Seguro Social y el Instituto para disminuir el pasivo laboral a cargo del IMSS en su carácter de patrón está el "Convenio Adicional para las Jubilaciones y Pensiones de los Trabajadores de Base de Nuevo Ingreso" (Convenio de 2005), firmado el 14 de octubre de 2005. Este convenio contempla un nuevo esquema de pensiones para las contrataciones de Base y Confianza "B" realizadas por el Instituto bajo su cobertura.

El Convenio de 2005 dispone que el financiamiento de las pensiones complementarias a las de la Seguridad Social provendrá de las aportaciones de los trabajadores con derecho al Régimen de Jubilaciones y Pensiones que ingresaron al IMSS antes del 16 de octubre de 2005 (7% del salario base más fondo de ahorro), así como de las aportaciones de los trabajadores contratados bajo el Convenio 2005 (10% del salario base más el fondo de ahorro) (cuadro X.11). Lo anterior, a efecto de que el IMSS no destine recursos financieros para el pago de pensiones complementarias y así dar cumplimiento a las disposiciones establecidas en los Artículos 277 D y 286 K de la Ley del Seguro Social.

Las aportaciones realizadas por los trabajadores para el financiamiento del Convenio de 2005 se depositan en una cuenta especial denominada Subcuenta 2 del Fondo para el Cumplimiento de Obligaciones Laborales de Carácter Legal o

Cuadro X.10.
Proyecciones 2015-2095 de jubilados y pensionados del Programa IMSS-PROSPERA
(trabajadores que ingresaron al IMSS antes del 16 de octubre de 2005)

Año de Proyección	Proyección de jubilados y pensionados del Régimen de Jubilaciones y Pensiones										Total de pensionados sobrevivientes al final de cada año
	Sobrevivencia de los pensionados en curso de pago valuados a diciembre de 2014			Nuevos pensionados provenientes de los trabajadores valuados a diciembre de 2014				Sobrevivencia de los nuevos pensionados provenientes de los trabajadores valuados a diciembre de 2014			
	Pensiones directas ^{1/}	Pensiones derivadas ^{2/}	Total	Pensiones directas ^{1/}	Pensiones derivadas ^{2/}	Total por año	Total acumulado directas	Pensiones directas ^{1/}	Pensiones derivadas ^{2/}	Total	
	(a)	(b)	(c)=(a)+(b)	(d)	(e)	(f)=(d)+(e)	(g)	(h)	(i)	(j)=(h)+(i)	
2015	5,042	364	5,405	530	19	549	530	530	19	549	5,954
2020	4,844	447	5,291	850	34	884	4,287	4,238	153	4,392	9,683
2025	4,565	571	5,136	699	55	755	8,473	8,250	368	8,618	13,754
2030	4,170	746	4,916	648	83	731	11,890	11,313	679	11,992	16,908
2035	3,627	944	4,571	207	118	324	13,756	12,581	1,096	13,678	18,249
2040	2,929	1,090	4,019	18	159	178	14,063	11,986	1,607	13,592	17,611
2045	2,119	1,091	3,210	3	204	207	14,099	10,731	2,150	12,880	16,090
2050	1,307	888	2,194	2	241	243	14,111	9,009	2,580	11,589	13,784
2055	639	526	1,164	1	253	254	14,119	6,903	2,680	9,584	10,748
2060	222	188	410	1	226	227	14,124	4,652	2,293	6,945	7,356
2065	48	32	80	0	165	165	0	2,631	1,505	4,136	4,216
2070	5	5	11	0	91	92	0	1,177	686	1,862	1,873
2075	0	1	1	0	35	35	0	386	188	574	575
2080	0	0	0	0	8	8	0	84	24	108	108
2085	0	0	0	0	1	1	0	11	1	12	12
2090	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1
2095	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

^{1/} Incluye jubilados por años de servicio y pensionados por cesantía en edad avanzada, vejez, invalidez e incapacidad permanente.

^{2/} En el caso de los pensionados en curso de pago considera a los pensionados por viudez, orfandad y ascendencia, y en el caso de las proyecciones de nuevos pensionados beneficiarios, sólo considera viudez.

Fuente: Valuación Actuarial, Aon México Business Support, S. A. de C. V

Cuadro X.11.

Contribuciones y requisitos establecidos para poder otorgar a los trabajadores que se contrataron bajo el Convenio de octubre de 2005 los beneficios de una jubilación por años de servicio o una pensión por edad

Concepto	Trabajadores contratados bajo el esquema del	
	Régimen de Jubilaciones y Pensiones (RJP) ^{1/}	Convenio 2005 ^{2/}
Contribuciones de los trabajadores		
a) Para el RJP	3% del salario base (SB) y del fondo de ahorro (F)	
b) Para el Convenio de 2005 ^{3/}	7% del SB y F	10% del SB y F
Beneficios y Requisitos		
a) Jubilación por años de servicio		
Años de servicio	27 mujeres y 28 hombres	34 mujeres y 35 hombres
Edad mínima	No se establece como requisito	60 años
Beneficio	El monto de la pensión se calcula conforme a lo establecido en los Artículos 5, 6, 7 y 22 del RJP de la generación actual.	El monto de la pensión se calcula con una cuantía equivalente a 100% del salario base conforme al Artículo 5 del RJP de la generación actual y considerando los Artículos 7 y 22.
b) Pensión por edad		
Años de servicio	10 años cuando menos	15 años cuando menos.
Edad	60 años	60 años.
Beneficio	El monto de la pensión se calcula conforme a lo establecido en los Artículos 5, 6, 7 y 22 del RJP de la generación actual, y aplicando la Tabla A del Artículo 4 del RJP de la generación actual.	El monto de la pensión se calcula conforme a lo establecido en los Artículos 5, 7 y 22 del RJP de la generación actual, y aplicando la Tabla A de la Cláusula 6 del Convenio Adicional del RJP del 14 de octubre de 2005.

^{1/}Trabajadores de Base y Confianza que ingresaron al IMSS antes del 16 de octubre de 2005

^{2/}Trabajadores que ingresaron al IMSS a partir del 16 de octubre de 2005 y hasta el 31 de julio de 2008.

^{3/}Los porcentajes de las aportaciones se encuentran vigentes a partir del 16 de octubre de 2011.

Fuente: Dirección de Finanzas, IMSS

Contractual (Subcuenta 2 del Fondo Laboral), cuyos recursos se mantienen independientes de la Subcuenta 1 del Fondo Laboral, que corresponde a las reservas que el IMSS constituyó en el pasado para financiar el plan de pensiones del Régimen de Jubilaciones y Pensiones de los antiguos trabajadores.

Desde 2006 el Instituto ha contratado anualmente los servicios profesionales de un despacho actuarial externo para que realice el estudio denominado "Estudio Actuarial para Medir la Suficiencia Financiera de la Subcuenta 2 del Fondo para el Cumplimiento de Obligaciones Laborales de Carácter Legal o Contractual". Este estudio tiene los siguientes objetivos:

- Determinar si en términos del Artículo 277 D de la Ley del Seguro Social el esquema de pensiones se encuentra plenamente fondeado para las nuevas contrataciones realizadas entre el 16 de octubre de 2005 y el 31 de julio de 2008 bajo el Convenio de 2005.
- Dar cumplimiento al Artículo Tercero Transitorio de la reforma del 11 de agosto de 2004 a la Ley del Seguro Social y que entró en vigor el 12 de agosto del mismo año, en el que se establece que con objeto de atender lo estipulado en el Artículo 277 D, el IMSS llevará a cabo los estudios actuariales correspondientes y los comunicará a la representación de los trabajadores, así como al Congreso de la Unión en el Informe a que se refiere el Artículo 273 de la propia Ley de Seguro Social.

- Evaluar la aplicación del esquema de contribuciones, beneficios y requisitos derivado de dicho Convenio, cuyas características de contribuciones, jubilación y pensión por edad se muestran en el cuadro X.11.

Los resultados que se presentan son los que corresponden al “Estudio Actuarial para Medir la Suficiencia Financiera de la Subcuenta 2 del Fondo Laboral al 31 de diciembre de 2014”¹²⁹. Las hipótesis demográficas y financieras, así como las bases biométricas utilizadas en el estudio se detallan en el Anexo F de este Informe.

Población valuada

El número de trabajadores que se consideró en este estudio asciende a 42,133 y además se contempla a 260 pensionados por las siguientes causas:

- 11 de incapacidad permanente por riesgo de trabajo.
- 58 de invalidez por enfermedad general.
- 191 pensiones derivadas del fallecimiento de trabajadores o pensionados.

Resultados del estudio actuarial

Con base en la población sujeta de valuación, los beneficios establecidos en el Convenio de 2005, así como en los supuestos adoptados, se estima que el valor presente de obligaciones totales por concepto de las prestaciones del Convenio de 2005 asciende a 77,059 millones de pesos.

Por su parte, a la fecha de valuación, el saldo de los recursos acumulados en la Subcuenta 2 del Fondo Laboral asciende a 36,876 millones de pesos, distribuidos como se indica en el cuadro X.12.

Cuadro X.12.
Saldo acumulado en la Subcuenta 2 del Fondo Laboral, al 31 de diciembre de 2014
(millones de pesos corrientes)

Saldo a diciembre de 2013	29,638
Aportaciones de los trabajadores	4,919
Productos financieros	2,319
Partidas en conciliación	0.03
Saldo a diciembre de 2014	36,876

Fuente. Dirección de Finanzas. IMSS.

De acuerdo con las aportaciones realizadas hasta el 31 de diciembre de 2014, así como con las expectativas de las aportaciones futuras y con los rendimientos que se generarán, asumiendo una tasa de interés de 3.7% real anual, se estima que los recursos acumulados para financiar las pensiones serán en valor presente de 77,937 millones de pesos, los cuales son prácticamente equivalentes al valor presente de las obligaciones a cubrir. Estos resultados se presentan en el cuadro X.13 relativo al balance actuarial de la Subcuenta 2 del Fondo Laboral, al 31 de diciembre de 2014.

De manera ilustrativa se presenta en la gráfica X.4 el flujo de ingresos y egresos derivado del comportamiento de las obligaciones ante los 42,133 trabajadores y 260 pensionados considerados en la valuación y de las aportaciones para financiar dicho pasivo. En esta gráfica se observa que las aportaciones de los trabajadores alcanzan su nivel máximo en el año 2015 con un monto de 4,234 millones de pesos de 2014 y después disminuirán hasta extinguirse en el 2051. Además, se estima que en el año 2056 se alcanzará el nivel máximo de importe de pensiones y jubilaciones por 10,236 millones de pesos de 2014.

¹²⁹ El estudio actuarial fue realizado por el despacho Lockton México, Agente de Seguros y de Fianzas, S. A. de C. V.

Cuadro X.13.
Balance actuarial de la Subcuenta 2 del Fondo Laboral, al 31 de diciembre de 2014
(millones de pesos)

Activo		Pasivo	
Saldo diciembre de 2014		Subtotal VPOT ^{3/} trabajadores	
Subcuenta 2 del Fondo Laboral	36,876	incorporados bajo el Convenio de 2005	76,942
Subtotal VPFA ^{1/} de los trabajadores	41,061	Subtotal VPOT ^{3/} pensionados bajo el	
		Convenio de 2005	117
Producto financiero logrado con la meta fijada por el Instituto, en exceso al 3.67% requerido para garantizar la suficiencia de la Subcuenta 2 del Fondo Laboral ^{2/}	-878		
Total activo	77,059	Total pasivo	77,059

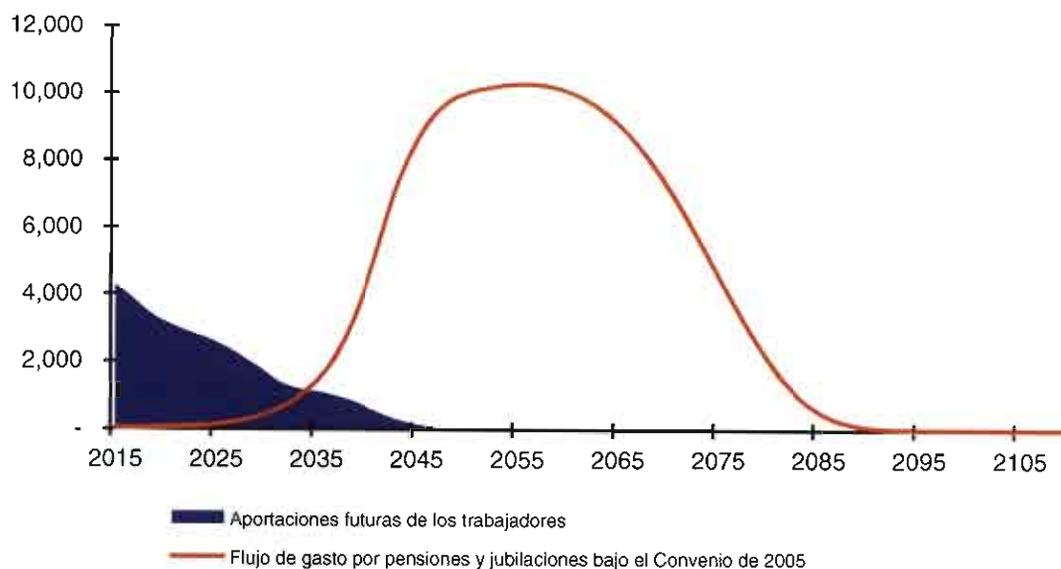
^{1/}VPFA: Valor presente de futuras aportaciones.

^{2/}La meta institucional sobre la tasa de inversión de los recursos de la Subcuenta 2 es de 3.7%

^{3/}VPOT: Valor presente de obligaciones totales

Fuente: Estudio Actuarial de la Subcuenta 2 del Fondo Laboral, Lockton.

Gráfica X.4.
Estimación de las aportaciones anuales de los trabajadores
y de los pagos anuales por pensiones y jubilaciones
(millones de pesos de 2014)



Fuente: Estudio Actuarial de la Subcuenta 2 del Fondo Laboral, Lockton

X.3. Contingencias de carácter litigioso

En esta sección se detalla la composición de la contingencia por juicios en los que el IMSS es parte, así como las acciones de mejora que se llevaron a cabo en el periodo de 2014.

El IMSS es un organismo complejo pues actúa de manera simultánea como órgano recaudador, prestador de servicios, ente asegurador y patrón. Dada esta complejidad, los actos que emite son susceptibles de impugnarse mediante juicios ante los juzgados y tribunales del país. Estos juicios, en su gran mayoría, representan un pasivo contingente al Instituto, pues de llegar a resolverse en su contra, tendría que erogar las cantidades reclamadas en las demandas.

Los juicios con que cuenta el IMSS se originan por tres factores:

- i) Actos que realiza el Instituto en su función de autoridad recaudadora.
- ii) Actuaciones que realiza como prestador de servicios.
- iii) Actuaciones que realiza como patrón y asegurador.

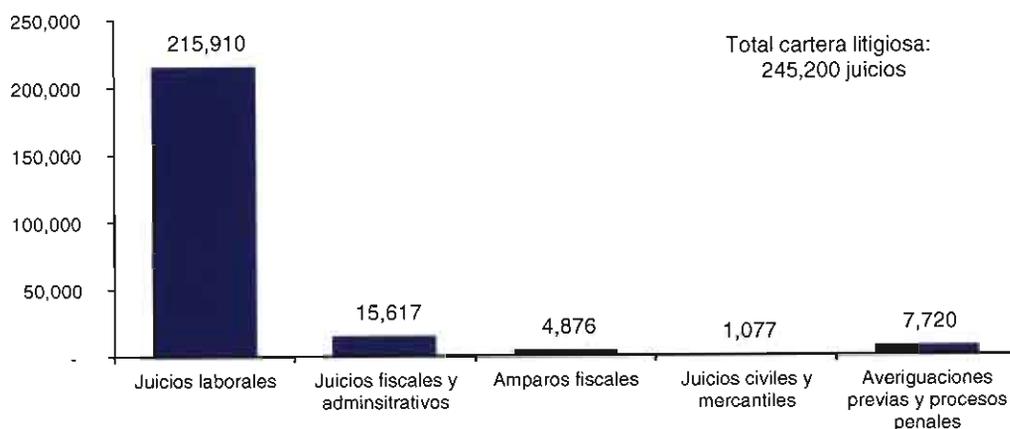
Al cierre de 2014, el IMSS tenía un total de 245,200 juicios en trámite, 0.8% menos que en 2013, cuyo número total fue de 247,236. De estos, 88.1% eran de carácter laboral, 6.4% de carácter fiscal y administrativo, 2% de amparos fiscales, 0.4% de carácter civil y mercantil, y 3.1% de averiguaciones previas y procesos penales (gráfica X.5).

De los asuntos referidos, una buena parte de ellos representan un pasivo contingente para el Instituto, el cual para 2014 ascendió a 36,182 millones de pesos, 14.1% superior respecto a 2013, crecimiento que se explica más adelante.

Para contrarrestar el número de juicios y el tamaño del pasivo contingente, el IMSS, a través de la Dirección Jurídica estableció las siguientes líneas de acción:

- Detección de las vulnerabilidades y fortalecimiento jurídico de los actos que emite el Instituto.
- Priorización de los juicios en razón de la cuantía, importancia o trascendencia.
- Reforzamiento de la defensa del Instituto ante los tribunales del país.

Gráfica X.5.
Asuntos en trámite por tipo de proceso, a diciembre de 2014
(juicios)



Fuente: Dirección Jurídica, IMSS.

A continuación se detallan las contingencias que presenta el Instituto en cada una de las diversas materias que se litigan, así como las estrategias implementadas en el año que se reporta.

X.3.1. Contingencias en juicios laborales

En el ámbito laboral, el Instituto es susceptible de recibir demandas bajo dos contextos: como ente asegurador o como patrón. Las primeras se generan del ejercicio de los derechos que como asegurados les consagra la Ley del Seguro Social a los trabajadores en sus diversas ramas de aseguramiento o subsidios. Las segundas derivan de las prestaciones que otorgan la Ley Federal del Trabajo, el Contrato Colectivo de Trabajo y el Régimen de Jubilaciones y Pensiones. Esta dualidad es precisamente la que genera la gran diversidad de prestaciones que se demandan.

Entre las demandas promovidas por los asegurados, las más comunes son las relativas a la determinación en las pensiones por invalidez, por riesgo de trabajo, cesantía en edad avanzada y vejez, y por orfandad; mientras que en su calidad de patrón, las demandas más recurrentes que recibe el Instituto versan sobre despidos injustificados, finiquitos, jubilaciones, reinstalaciones y reconocimientos de antigüedad.

Como se señaló, al cierre de 2014, el IMSS contaba con un total de 245,200 juicios, de los cuales 88.1%, es decir, 215,910 eran laborales y representaban un pasivo contingente de 22,929 millones de pesos.

El monto del pasivo contingente en 2014 por juicios laborales creció 3.4% respecto al 2013, cuyo monto ascendió a 22,162 millones de pesos; incremento normal atendiendo al número de demandas que se presentan cada año. A fin de continuar con contención y disminución del pasivo contingente en juicios

laborales, en 2014 se implementaron tres estrategias: i) depuración de la cartera de juicios en trámite; ii) continuación con el fortalecimiento jurídico de los actos que emite el IMSS, y iii) reforzamiento del litigio ante el Poder Judicial.

Depuración de la cartera de juicios

La cartera de juicios en materia laboral se ha ido acumulando a lo largo de varios años. En 2014, se realizó un esfuerzo sin precedentes a fin de clasificar la cartera litigiosa en materia laboral. Gracias a este ejercicio se detectó que del total de asuntos laborales que se encontraban en trámite en materia laboral al cierre de 2013, cerca de 90 mil demandas ya se encuentran resueltas (en primera instancia o de manera definitiva) desde antes de ese año y sólo se encuentran pendientes de notificarse al IMSS.

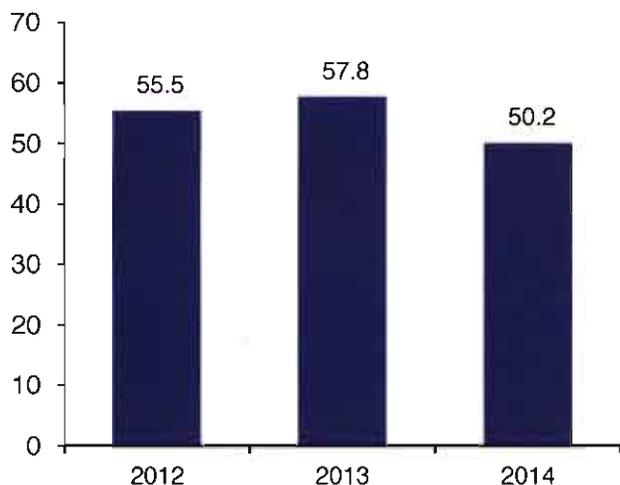
Lo anterior ha puesto en una situación compleja al Instituto, puesto que ha limitado su actuación ante los tribunales y la no notificación de laudos ha generado que el pasivo contingente aumente anualmente de manera inercial.

Por esta razón, en 2014 se implementó un esquema de regularización de notificaciones con la Junta Federal de Conciliación y Arbitraje, con el cual se logró la notificación de cerca de 20 mil laudos¹³⁰. Este número de laudos equivale a 81% del total de resoluciones notificadas al IMSS en 2014.

Si bien esta regularización impactó negativamente en el porcentaje de asuntos ganados por el Instituto al disminuir en 7.6% respecto al 2013 (gráfica X.6), esta medida permitirá contener el crecimiento del pasivo contingente que anualmente se aumentaba de manera inercial y tener un mejor control de la cartera litigiosa.

¹³⁰ Estos 20 mil laudos corresponden a las notificaciones de primera instancia y a los asuntos firmes

Gráfica X.6.
Laudos favorables en primera instancia, pasivo contingente, diciembre de 2012 y diciembre de 2014
 (porcentaje)



Fuente: Dirección Jurídica, IMSS.

Para 2015, se continuará con este esquema de regularización de notificaciones a fin de lograr la depuración de la cartera litigiosa y con ello contener y disminuir el pasivo contingente del Instituto, no obstante que con ello se vea impactado el resultado global de asuntos ganados del Instituto.

Fortalecimiento jurídico de los actos que emite el IMSS

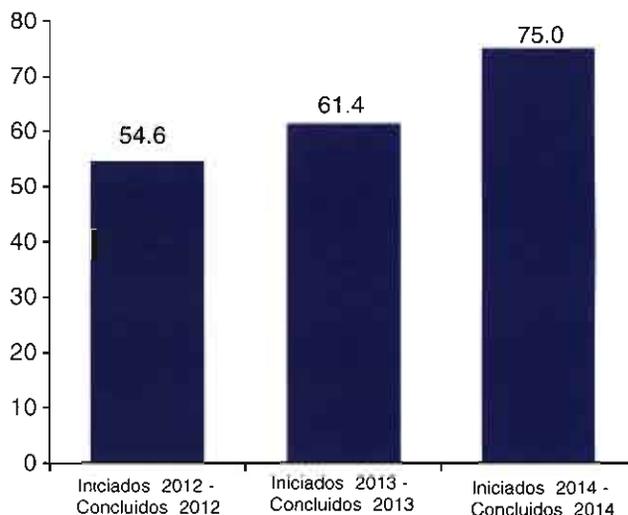
La segunda medida realizada en el ejercicio que se reporta fue la continuación de la estrategia del fortalecimiento jurídico de los actos que emite el IMSS, a fin de generar mayor certeza jurídica, prevenir nuevas demandas, mejorar los resultados en los juicios y con todo ello, contener el crecimiento del pasivo contingente.

Desde 2013 se iniciaron mesas de trabajo conjuntas con las Direcciones de Prestaciones Económicas y Sociales, Incorporación y Recaudación, y Prestaciones Médicas, a fin de detectar las vulnerabilidades por las cuales sus actos son reclamados en juicios. Estas direcciones en su conjunto generan cerca de 50% de las demandas laborales en contra del Instituto.

Estas acciones, han empezado a dar los primeros resultados positivos. A partir de 2014 se inició con la medición de los resultados en juicio de los actos emitidos en el IMSS, que fueron impugnados y resueltos en el mismo año de su emisión. Así, del ejercicio realizado se detectó que los actos que se emitieron en 2012, que fueron impugnados en juicio y resueltos en ese mismo año, 54.6% fueron favorables al IMSS; en 2013, el mismo ejercicio arrojó que el IMSS ganó 61.4%, mientras que en 2014, el Instituto obtuvo 75% de resoluciones favorables.

Estos datos muestran que la estrategia de fortalecimiento jurídico de los actos que emiten las diferentes Direcciones del IMSS, implementada a partir de 2013, ha generado un mejor resultado en tribunales, lo que además ayudará a disminuir el pasivo contingente.

Gráfica X.7.
Juicios laborales ganados, en la gestión 2012, 2013, 2014, pasivo contingente
 (porcentaje)



Fuente: Sistema de Seguimiento de Casos, Dirección Jurídica, IMSS

Reforzamiento del litigio ante el Poder Judicial

Como tercera medida, se reforzó el litigio ante el Poder Judicial de la Federación. En 2014 se lograron resultados importantes a nivel judicial que tendrán un impacto positivo en muchos de los asuntos que actualmente se encuentran pendientes de resolverse. Tal es el caso de la jurisprudencia 2ª/J. 52/2014 dictada por la Segunda Sala de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, en donde determinó que los estímulos de asistencia y puntualidad para formar parte integrante del salario para efectos del cálculo del finiquito jubilatorio previsto en el Contrato Colectivo de Trabajo del IMSS, no basta acreditar haberlos recibido una sola ocasión. La corte determinó que dichos estímulos forman parte integrante del salario siempre y cuando acrediten haberlos percibido en cuando menos 18 quincenas del último año laboral. Esta resolución tendrá un impacto positivo para el IMSS en aproximadamente 7,000 asuntos pendientes de resolverse.

Estos resultados si bien son alentadores, no son definitivos. El reto es mayor y los resultados definitivos se verán a mediano y largo plazos.

Para 2015, se continuará con el esquema de regularización de notificaciones de laudos pendientes de realizarse al Instituto, a fin de evitar que se siga incrementando inercialmente el pasivo contingente. Adicionalmente, se continuará con la validación jurídica de los actos que emiten las Direcciones de Administración, Incorporación y Recaudación y de Prestaciones Médicas, al ser ellas quienes concentran más de la mitad de los actos que son impugnados en juicios laborales.

Esta estrategia permitirá en un mediano y largo plazos que el IMSS, en la parte jurídica, sea menos litigioso y más preventivo, buscando con ello generar mayor certeza jurídica a los derechohabientes y a sus trabajadores.

X.3.2. Contingencias en juicios administrativos y fiscales

En materia administrativa y fiscal, las demandas que se registran en el IMSS se clasifican en dos tipos: i) como "demandado" cuando son los contribuyentes, asegurados y/o patrones los que reclaman al Instituto por considerar que sus derechos han sido violentados, y ii) como "actor" cuando es el propio IMSS quien promueve la demanda al ver afectados sus intereses.

De los 245,200 juicios en trámite, 20,493 eran de naturaleza fiscal y administrativa, es decir, 8.4%. De estos juicios, 20,337 son demandas interpuestas en contra del Instituto y 156 demandas interpuestas por el propio Instituto.

El número de juicios en contra del IMSS que se encontraban en trámite o pendientes de resolverse en 2014 disminuyó respecto a 2013 en 3,641 juicios, es decir, 15%. En 2013, el número de juicios en trámite fue de 24,134.

El pasivo contingente, al cierre de 2014 ascendió a 8,598 millones de pesos, el cual si bien es superior en 2,169 millones de pesos al pasivo registrado en 2013, sigue siendo considerablemente inferior que el de 2012, que fue de poco más de 26,043 millones de pesos.

El aumento en el pasivo obedece primordialmente a dos razones: por una parte, los juicios por responsabilidad patrimonial del IMSS por negligencias médicas hasta 2013 solo se contaba con la información que se tenía en la Dirección Jurídica en sus oficinas centrales. Ahora, gracias al trabajo realizado se cuenta con mejores mecanismos de comunicación, lo que ha permitido obtener la información de juicios en las Delegaciones. Por otra parte, incrementó el número de demandas por rescisiones de obra pública y adquisiciones.

Al igual que en la materia laboral, en 2014 la estrategia en los juicios fiscales y administrativos se centró en dos objetivos: i) detección de juicios de alto riesgo para el IMSS, y ii) reforzamiento de los protocolos médicos a fin de evitar actos de negligencia.

Detección de juicios de alto riesgo para el IMSS

En 2014, uno de los objetivos centrales fue la detección de juicios que podrían implicar un riesgo financiero al IMSS. Dos asuntos sobresalieron que de haberse resuelto en contra hubieran puesto en una situación muy delicada al Instituto.

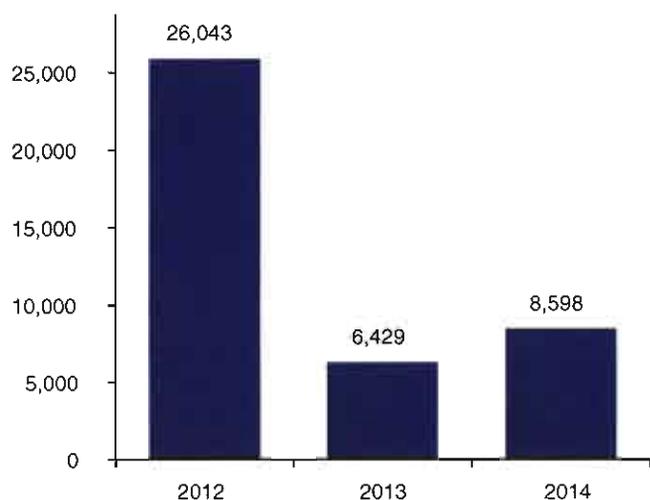
En el primero, varios asegurados impugnaban la constitucionalidad del segundo párrafo del Artículo 25 de la Ley del Seguro Social, que contempla la cuota del Seguro de Enfermedades y Maternidad para pensionados. En estos asuntos, la Suprema Corte de Justicia de la Nación resolvió que dicho Artículo es acorde con la Constitución. De haberse declarado inconstitucional el Artículo mencionado, se hubieran puesto en riesgo cerca de 20 mil millones de pesos de la reserva del Seguro de Enfermedades y Maternidad, además de que el Instituto dejaría de percibir cerca de 4 mil millones de pesos anualmente.

El segundo asunto fue el de los amparos promovidos por distintos pacientes para que les fuera suministrado un medicamento no incluido en Cuadro Básico de Medicamentos del Sector Salud y por ende, no prescrito por los médicos tratantes. Estos amparos además del riesgo a la salud de los propios pacientes, puso en una situación financiera delicada al IMSS, pues el costo anual del medicamento por paciente es de cerca de 7 millones de pesos, el cual no estaba presupuestado.

Después de una serie de discusiones, la Suprema Corte de Justicia determinó que son los médicos tratantes los únicos facultados para decidir el tratamiento que más convenga al paciente, debiéndose en todo caso garantizarse la atención médica integral a los pacientes.

Gráfica X.8.

Pasivos contingentes en juicios fiscales y administrativos, diciembre de 2012 a diciembre de 2014
(millones de pesos)



Fuente: Dirección Jurídica, IMSS

Reforzamiento de los protocolos médicos a fin de evitar demandas

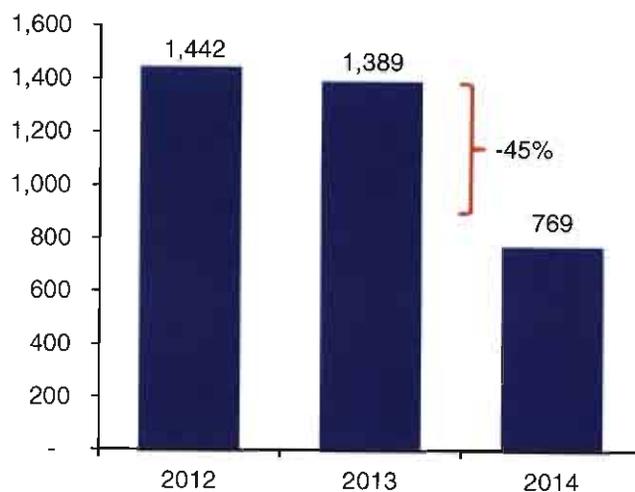
Otra medida implementada fue el reforzamiento de los protocolos médicos, a fin de evitar actos de negligencia que puedan ser motivo de reclamaciones por los pacientes y que generan un pasivo contingente para el Instituto. Este tipo de reclamos se ventilan en dos vertientes principales: juicios por responsabilidad patrimonial del IMSS y quejas ante la Comisión Nacional de los Derechos Humanos.

Por ello, la Dirección Jurídica, en coordinación con la Dirección de Prestaciones Médicas, han fortalecido los protocolos de seguridad para mejorar la actuación de los médicos del IMSS y evitar futuros juicios o quejas. Estos trabajos han dado como resultado que en 2014 las quejas notificadas por la Comisión Nacional de los Derechos Humanos al IMSS hayan disminuido en 45%, lo que impacta en menor número de demandas, tal y como se ve en la gráfica X.9.

Este resultado es alentador, sin embargo, se requieren mayores esfuerzos para que la misma tendencia pueda lograrse respecto a la presentación de demandas por responsabilidad patrimonial del IMSS.

Estos datos confirman que la estrategia de prevención y capacitación ha impactado de manera positiva en este rubro. No obstante estos resultados, se siguen instrumentando nuevos mecanismos para mantener esta tendencia favorable. Las reformas aprobadas por el Congreso de la Unión en materia de responsabilidad patrimonial del Estado han hecho que la actividad de los servidores públicos sea revisada de manera más detallada, lo que ha obligado al IMSS a redoblar esfuerzos para asegurar que todos los servidores públicos de la institución actúen en estricto apego al marco legal y normativo.

Gráfica X.9.
Quejas ante la Comisión Nacional de los Derechos Humanos notificadas al IMSS, diciembre de 2012 a diciembre de 2014
(asuntos)



Fuente: Dirección Jurídica, IMSS.

X.3.3. Contingencias en juicios civiles y mercantiles

Las demandas en materia civil y mercantil son presentadas cuando los particulares consideran que se han vistos afectados sus intereses con motivo de la prestación de servicios a cargo del Instituto o bien, cuando estiman que el IMSS ha incumplido los términos pactados en los contratos suscritos en materia de contratación de servicios, adquisiciones y obra pública.

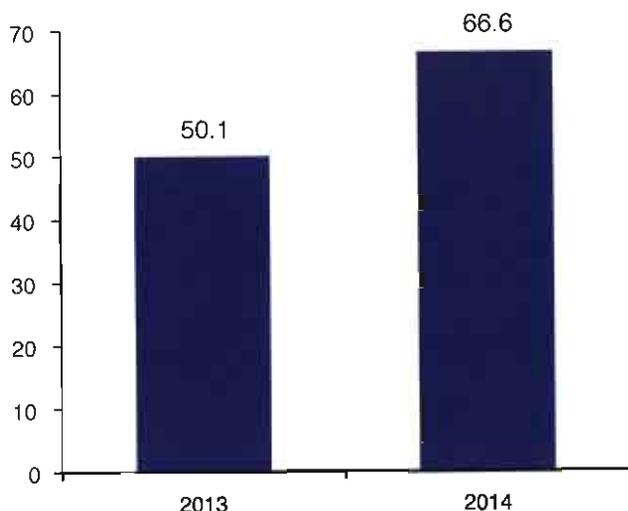
Al cierre de 2014, de los 245,200 juicios en trámite, 1,077 corresponden a los juicios civiles y mercantiles, es decir, 0.4% del total de asuntos, que implican un pasivo contingente de 4,633 millones de pesos. El número de juicios en trámite crecieron en 2% o 22 nuevos juicios en 2014, al pasar de 1,055 a 1,077 juicios. La contingencia aumentó en 1,552 millones de pesos.

El incremento en la contingencia en esta materia se dio por las siguientes razones: hasta 2013 únicamente se reportaban asuntos con una cuantía mayor a 10 millones de pesos; a partir de 2014, derivado de una observación de la Auditoría Superior de la Federación, se modificó la metodología de cuantificación y ahora se incluyen los juicios con una cuantía mayor a 5 millones de pesos. Este cambio aumentó la contingencia en 923 millones de pesos. Los 629 millones de pesos restantes se encuentran distribuidos en los juicios interpuestos en 2014 por supuestos incumplimientos de pago derivado del suministro de diversos bienes o prestación de servicios y terminación de contratos de arrendamientos de inmuebles.

Al igual que en las otras materias, en 2014 se implementaron medidas tendientes a reforzar los actos que emite el Instituto y así, fortalecer los resultados en tribunales y contener el crecimiento de pasivo contingente.

Gracias a estas medidas, en 2014 se logró aumentar el número de sentencias favorables al IMSS con respecto al 2013 en 16.5%, como se puede observar en la gráfica X.10.

Gráfica X.10.
Juicios civiles, mercantiles y procedimientos especiales
concluidos favorables, pasivo contingente,
diciembre de 2013 a diciembre de 2014
 (porcentaje)



Fuente: Dirección Jurídica, IMSS.

Los resultados muestran que la estrategia aplicada si bien ha sido la adecuada, no es suficiente y hay que reforzarla. Por ello, en 2015 se implementará un esquema de revisión jurídica integral de los contratos que celebra y regula la Dirección de Administración, a fin de fortalecerlos y evitar que sean impugnados por los proveedores.

X.3.4. Objetivos para 2015

En 2014 se dio inicio a un nuevo paso en la consolidación de las actuaciones del IMSS. Para 2015 se continuará con la estrategia de depuración de la cartera litigiosa y prevención de nuevas demandas mediante el fortalecimiento jurídico de los actos que emite diariamente el Instituto. Estas medidas, en el mediano plazo, permitirán disminuir el pasivo contingente y el número de juicios en trámite.

Aún falta mucho por hacer, pero de continuar con esta estrategia, se podrá alcanzar el objetivo de generar certeza jurídica a los derechohabientes, patrones y trabajadores, que evite la generación de demandas que pongan en riesgo las finanzas y los servicios del IMSS. Ello, dará lugar a una nueva relación, en donde los diferendos no sean resueltos necesariamente a través de la vía judicial.

Gestión de los Recursos Institucionales



El presente capítulo describe las acciones realizadas durante el ejercicio 2014 para incrementar la productividad y la eficiencia del gasto del Instituto, con el fin de cumplir con los dos objetivos trazados desde el inicio de la presente Administración: mejorar la calidad y calidez de los servicios, y sanear financieramente al IMSS. Presenta también la situación en la que se encuentran los inmuebles del Instituto, así como las instalaciones y el equipo que contienen; detalla el inventario inmobiliario y médico al 31 de diciembre de 2014, y describe la estrategia tecnológica que el IMSS ha implementado.

La estrategia aplicada durante el primer año de esta Administración para racionalizar y contener el gasto, permitió contener el ritmo de crecimiento del gasto corriente del Instituto, que era de 5% anual para el periodo 2006-2012 y llegar a un punto de inflexión a partir del cual se tomaron las acciones de consolidación que se detallan en el presente capítulo, gracias a las que hoy el gasto corriente del IMSS crece a una tasa de apenas 1.9% anual. Esta desaceleración del gasto se logró aun cuando los servicios a los derechohabientes se incrementaron en cantidad y en calidad, se adquirieron más medicamentos y materiales de curación y se atendieron más consultas que nunca, lo que es consecuente con los objetivos institucionales de otorgar una mejor calidad y calidez, al mismo tiempo de sanear financieramente a la institución.

Este año se avanzó de forma importante hacia la materialización de la visión que esta Administración tiene del IMSS: una institución eficiente y moderna, que se rija bajo el criterio de optimizar al máximo los

recursos humanos, materiales y financieros con los que cuenta, para dedicarlos al objetivo fundamental de mejorar el servicio y la atención al derechohabiente. Con las acciones realizadas en 2014 para reforzar las estrategias más exitosas implementadas el año anterior en materia de abasto y distribución de medicamentos, otorgamiento de servicios médicos y administrativos, optimización del uso de nuestras instalaciones y equipo, así como la estrategia digital institucional, se sientan las bases para que a partir de 2015, se detone nuevamente la inversión en infraestructura y equipo, que favorecerá el crecimiento de los servicios, con el consecuente beneficio para la población derechohabiente.

XI.1. Acciones para incrementar la eficiencia del gasto y mejorar los servicios

En los dos años de la presente Administración, los esfuerzos de las áreas administrativas del Instituto han estado enfocados en racionalizar el gasto relacionado con la prestación de los servicios médicos y administrativos, primero con el claro objetivo de contener el ritmo de crecimiento del gasto y después, dar continuidad y mejorar los esfuerzos institucionales que ya se venían realizando en materia de eficiencia y transparencia. En esta sección se detallan las acciones que se llevaron a cabo durante 2014 para mejorar los esquemas de compra, abasto y suministro de medicamentos, los servicios de apoyo a la atención médica, así como para optimizar el gasto administrativo y de operación, como un soporte fundamental para brindar una mejor atención a los derechohabientes.

XI.1.1. Mejoras en los esquemas de compra, abasto y suministro de medicamentos y servicios médicos

El abasto de medicamentos es sin duda uno de los grandes retos del Instituto y una de las demandas más sentidas de la población derechohabiente, por lo

que una gran parte de los esfuerzos institucionales se dedicaron este año a mejorar la forma en que el IMSS compra, distribuye y otorga las vacunas, medicamentos y material de curación para la atención a la población derechohabiente. En 2014 el Instituto atendió 176.7 millones de recetas en 138 millones de consultas, con un promedio de 5 medicamentos por receta, lo que implicó un crecimiento de 2% respecto al año anterior.

La estrategia integral de abasto comenzó en 2013 eliminando las compras emergentes y buscando el nivel de inventario crítico –que maximizara el nivel de abasto y al mismo tiempo minimizara el inventario para evitar merma y expiración de medicamentos–, lo cual permitió tener ahorros para el Instituto por 1,500 millones de pesos. Las principales acciones realizadas durante 2014 para fortalecer la estrategia, fueron las siguientes:

Compra consolidada de medicamentos, vacunas y material de curación

La piedra angular de la estrategia de abasto es la compra consolidada de medicamentos, vacunas y material de curación realizadas durante 2013 y 2014, en el marco de la universalización de los servicios de salud con calidad. Las compras consolidadas garantizan la oportunidad y la calidad de esos insumos para la salud, contribuyen a reducir costos y mejorar el proceso de suministro, a través de nuevas y mejores condiciones de abastecimiento.

La compra consolidada liderada por el IMSS en 2014 para atender las necesidades de medicamentos, vacunas y material de curación de distintas entidades del Sector Salud y gobiernos de los Estados, fue la más grande de la historia del Sector Público en todo el país, ya que contó con 42 participantes y ascendió a cerca de 51,000 millones de pesos, mientras que en la compra del año anterior se había contado con 14 participantes, con un monto aproximado de 43 mil millones de pesos (cuadro XI.1).

Cuadro XI.1.
Participantes en la compra consolidada de medicamentos y materiales de curación,
2013-2014

2013 14 participantes		2014 42 participantes
Dependencias y Entidades Federales	<ol style="list-style-type: none"> 1. IMSS 2. ISSSTE 3. PEMEX 4. SEDENA 5. SEMAR 	<ol style="list-style-type: none"> 1. IMSS 2. ISSSTE 3. PEMEX 4. SEDENA 5. SEMAR
Entidades Federativas	<ol style="list-style-type: none"> 1. Baja California 2. Campeche 3. Colima 4. Tlaxcala 5. Veracruz 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Baja California 2. Campeche 3. Colima 4. Tlaxcala 5. Veracruz 6. Aguascalientes 7. Baja California Sur 8. Chihuahua 9. Distrito Federal 10. Durango 11. Estado de México 12. Guerrero 13. Morelos 14. Nayarit 15. Sinaloa 16. Sonora
Institutos de Salud	<ol style="list-style-type: none"> 1. H. de la Mujer 2. H. Nacional Homeopático 3. H. Juárez del Centro 4. I. Nacional de Psiquiatría 	<ol style="list-style-type: none"> 5. H. General de México 6. H. Gral. Manuel Gea Glz. 7. H. Infantil de México 8. H. Juárez de México 9. H. Nacional de Neurología 10. H. Alta Esp. Cd Victoria 11. H. Alta Esp. Chiapas 12. H. Alta Esp. Ixtapaluca 13. H. Alta Esp. Yucatán 14. I. Nacional de Cancerología 15. I. Nacional de Cardiología 16. I. Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición 17. I. Nacional de Enfermedades Respiratorias 18. I. Nacional de Neurología 19. I. Nacional de Pediatría 20. I. Nacional de Perinatología 21. I. Nacional de Rehabilitación 18. I. Nacional de Neurología 19. I. Nacional de Pediatría 20. I. Nacional de Perinatología 21. I. Nacional de Rehabilitación

Fuente: Dirección de Administración, IMSS.

Además del volumen de la compra, en seguimiento a las recomendaciones de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) y para fomentar una mayor competencia, en 2014 se incentivó una más eficiente integración de la industria para aprovechar la creciente competitividad de la industria farmacéutica nacional y motivar la transmisión de ahorros de los productores al Instituto, además de la firma de un convenio con la Comisión Federal de Competencia Económica (COFECE) para diseñar esquemas de adquisición de bienes y servicios más competitivos y que evitaran la colusión. En el marco de la compra consolidada 2014 se realizaron un mayor número de eventos y se adquirió un número mayor de claves mediante “Ofertas Subsecuentes de Descuento” (subastas electrónicas), se aumentó el número de claves en las que el criterio de asignación fue de 80/20 al primer y segundo lugar en vez del 60/40, y se acotó a 4 el número de marcas que un solo distribuidor puede representar para ofertar. Con estos mecanismos de competencia, se obtuvieron ahorros de más de 1,200 millones de pesos.

Con todo ello, en el marco de esta compra se llevaron a cabo 14 licitaciones para la adquisición de más de 1,900 claves de medicamentos y material de curación, generando ahorros respecto de los precios obtenidos el año anterior, por cerca de 4,600 millones de pesos, que sumados a los ahorros de la compra de 2013 representan un ahorro total de casi 8,300 millones de pesos para todos los participantes durante la presente Administración. Para el IMSS, los ahorros de la compra consolidada de este año fueron de cerca de 2,500 millones de pesos, que con los 2,000 del año pasado suman 4,500 millones de pesos de ahorro por esta estrategia en lo que va de la presente Administración. Las principales mejoras en materia de volumen y competencia de la compra consolidada del año que se reporta, respecto del anterior, se pueden ver en el cuadro XI.2.

En conclusión, con las medidas tomadas en el marco de la compra consolidada 2014, se logró

Cuadro XI.2.
Compra consolidada
(comparativo 2013-2014)

	Rubro	2013	2014
Volumen de la compra	Participantes	14	42
	Importes convocados ^{1/}	43,000	51,000
	Ahorros ^{1/}	3,700	4,600
Competencia: Ofertas	Eventos	5	7
	Claves	86	119
Subsecuentes de descuento	Monto adjudicado ^{1/}	7,909	8,403
	Ahorros ^{1/}	1,012	1,263

^{1/}Millones de pesos

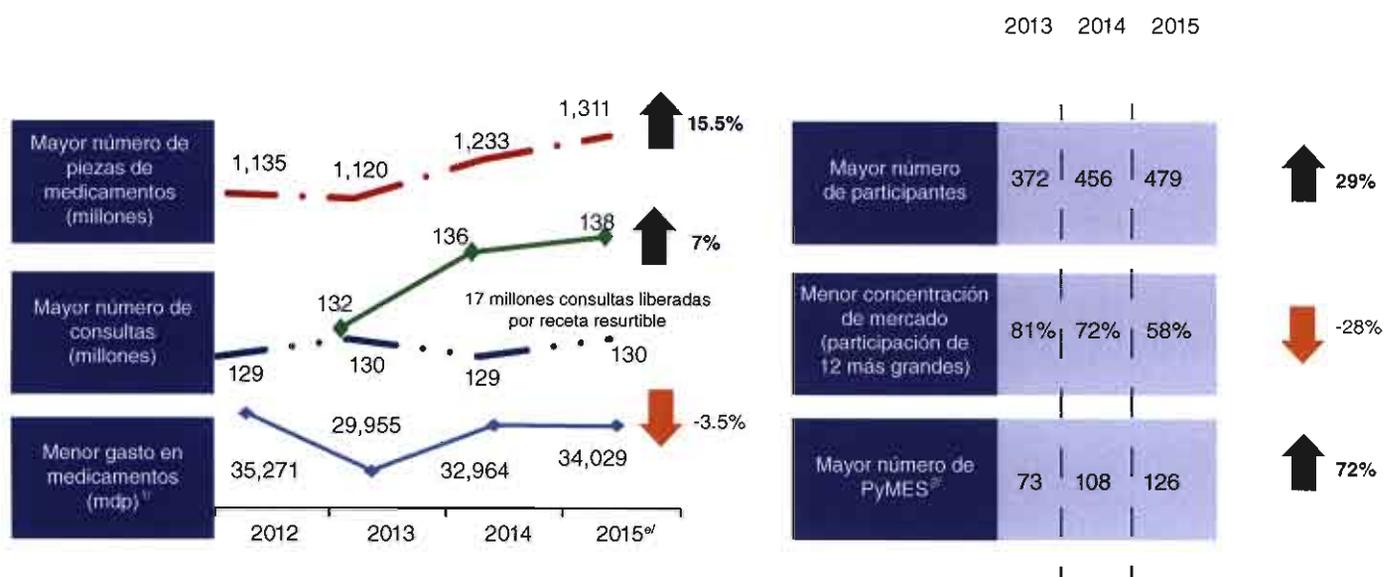
Fuente: Dirección de Administración, IMSS

comprar una mayor cantidad de medicamentos a un menor costo unitario, con una participación histórica en cuanto a proveedores; se favoreció la participación de pequeñas y medianas empresas (PyMES), y se logró avanzar hacia la desconcentración del mercado de medicamentos, todo ello en beneficio de la población que atienden las instituciones y entidades que participaron en ella. Los principales logros del Instituto como consecuencia de la compra consolidada, se pueden ver en la gráfica XI.1.

Con estas acciones se genera un impacto positivo en la economía, se garantiza la transparencia en las compras de Gobierno, se obtienen mejores condiciones de precio y calidad de medicamentos y material de curación, y lo más importante, se garantiza el abasto para mejorar la salud de más de 90 millones de mexicanos.

Junto con la compra consolidada, se puso en marcha tanto un esquema denominado “consumo en demanda”, que consiste en la administración por parte del proveedor de los medicamentos de mayor consumo en los almacenes institucionales; de esta forma, el proveedor, y no sólo el IMSS, es responsable de mantener el inventario de dichos medicamentos en niveles óptimos a fin de garantizar su abasto oportuno en beneficio de los derechohabientes, disminuyendo simultáneamente el costo de administración de esos insumos, como un programa de entrega directa

Gráfica XI.1.
Logros de la compra consolidada para vacunas, medicamentos y material de curación, 2014



^{1/} Millones de pesos

^{2/} El número de las pequeñas y medianas empresas (PyMES) adjudicadas en cada año del periodo 2012-2014 no es adicional al número de empresas, sino un subconjunto de éste

^{e/} Estimado

Fuente: Dirección de Administración, IMSS.

de la proveeduría a la farmacia para grupos de medicamentos de alta especialidad y alto costo, con lo que se pretende eliminar las existencias físicas de esos bienes en los almacenes delegacionales, reduciendo los costos de resguardo, así como el riesgo de merma en los diferentes puntos de distribución.

Para la compra consolidada de medicamentos a realizarse en 2015, el Instituto redoblará esfuerzos para intensificar la transparencia y la participación en el proceso de compra consolidada. Con base en la experiencia obtenida en los años anteriores, se mejorarán los procedimientos y se incrementará la participación de las entidades federales y estatales, se impulsará aún más la competencia entre los participantes y se promoverá una mayor efectividad del abasto en las farmacias, previendo entre otras cosas, la adjudicación de un segundo lugar en algunas de las claves de mayor volumen, para asegurar que se cuente con ellas en el caso de incumplimiento del licitante que resulte ganador.

Adicional a la compra eficiente de los medicamentos, es necesario almacenarlos y distribuirlos de la mejor

forma posible. La optimización de la cadena de suministro de medicamentos, desde su recepción en los almacenes o farmacias del Instituto hasta su entrega final al derechohabiente, es un proceso fundamental que debe estar en constante mejora. Hasta antes de 2013 el Instituto seguía una política de inventarios altos que implicaba elevados costos de inversión y las consecuentes mermas, pérdidas y riesgos en los almacenes institucionales. A mediados de ese año se redujo el costo del inventario de los medicamentos almacenados en más de 1,000 millones de pesos, dejando en los almacenes un nivel de inversión de 2.1 meses; durante 2014 se logró una reducción adicional de cerca de 800 millones de pesos en promedio, manteniendo un nivel de inversión promedio de 1.6 meses. El promedio de inventarios que se ha mantenido en lo que va del 2015 es de 1.8 meses.

Esta medida de optimización de los inventarios de medicamentos se acompañó de acciones adicionales de planeación, logística y supervisión, como analizar trimestralmente la congruencia entre el consumo promedio mensual pronosticado y validado, y el consumo real, con el objetivo de asegurar una

planeación adecuada de la compra de medicamentos, un uso eficiente del presupuesto autorizado y aumentar la periodicidad bajo la cual se generan y supervisan los requerimientos de medicamentos por parte de las delegaciones y las Unidades Médicas de Alta Especialidad, implementando una plataforma electrónica en la cual se registran y monitorean los incumplimientos de los proveedores, a efecto de resolver de manera oportuna el abasto de medicamento no suministrado. Estas acciones permitieron al IMSS atender más recetas que en cualquier año previo.

Programa “Tu Receta es Tu Vale”

Como parte de las mejoras en materia de abasto de medicamentos, en marzo de este año se puso en marcha el innovador Programa de Vales de Medicamentos, denominado “Tu Receta es Tu Vale”, que consiste en que cuando algún medicamento no esté disponible en la farmacia de la Unidad de Medicina Familiar que le corresponde al derechohabiente, ésta será activada como un vale electrónico que podrá canjear por sus medicinas el mismo día, en cualquiera de las farmacias del IMSS. En una primera fase participaron las 48 Unidades de Medicina Familiar del primer nivel y los 12 Hospitales Regionales y de Zona de las Delegaciones Norte y Sur del Distrito Federal.

Para garantizar el abasto con este nuevo Programa, el Instituto habilitó un Centro de Canje de Vales de Medicamentos en el que se tiene 100% de abasto de las 376 claves que se consumen en primer y segundo niveles, lo que garantiza que en caso de que el derechohabiente tenga que asistir al Centro de Canje —ubicado frente a una de las terminales de transporte público más importante de la ciudad (Chapultepec)— haya plena seguridad de que se irá a su casa con su medicina.

En tres meses de operación, los resultados han sido un éxito. Diariamente se reparten cerca de 200,000 medicamentos y se emiten entre 300 y 400 vales, es

decir, se están surtiendo 99.8% de los medicamentos recetados, lo cual se ha reflejado en que las quejas por desabasto en el Distrito Federal disminuyeron en 90%. Este programa, que además ha promovido el uso de la receta electrónica, cuyo porcentaje de expedición ha pasado de 70% a 96% en las unidades que participan en el programa, se instrumentará de manera gradual en las ciudades más grandes del país (gráfica XI.2).

El reto para el Instituto este año es instrumentar gradualmente el programa de vales de medicamentos en más ciudades del país. Con ello, aunado a las mejoras en la logística y distribución que se están poniendo en marcha, se mejorará el abasto como se ha hecho en el Distrito Federal, en beneficio de la población derechohabiente.

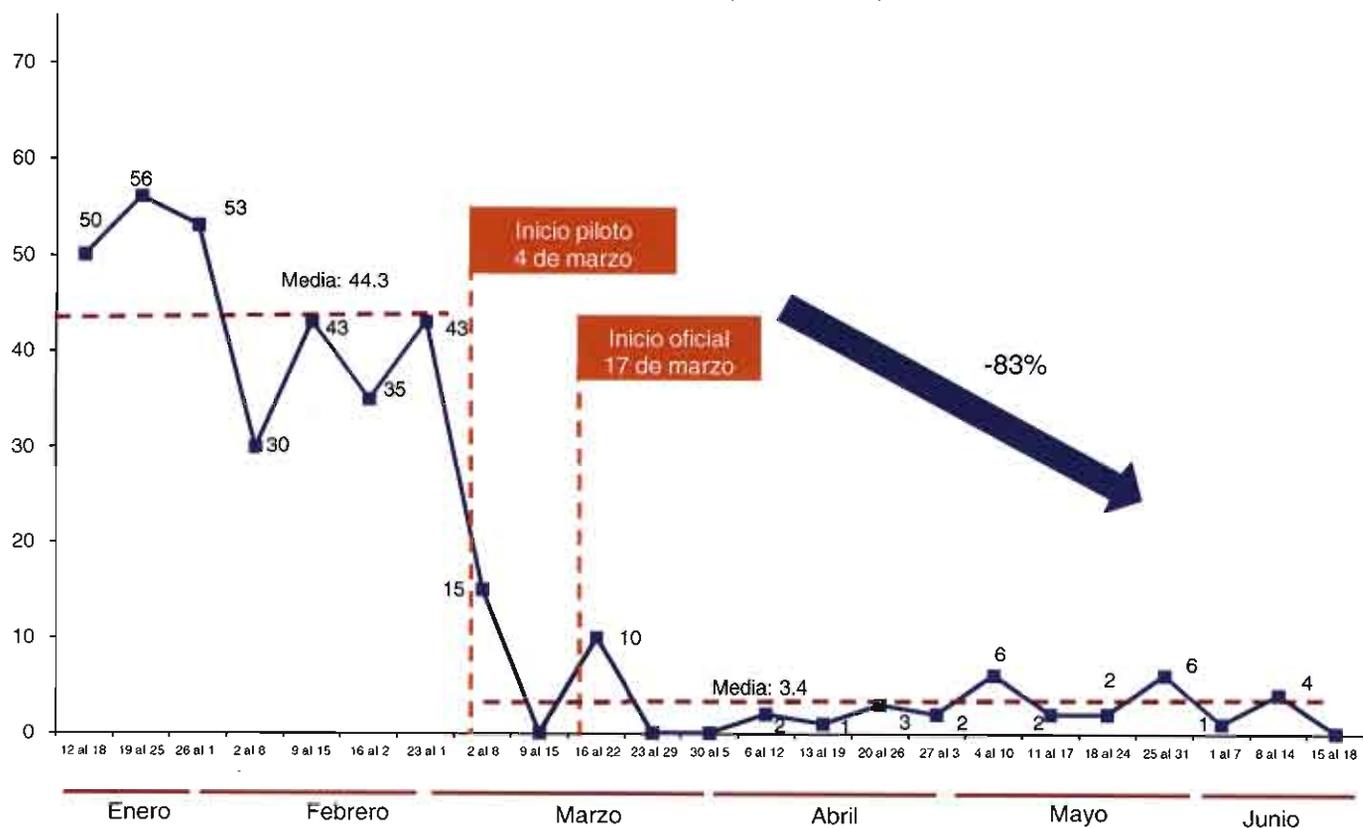
Centros Automatizados de Distribución de Insumos Terapéuticos

Unidosis Intrahospitalaria

Desde 2012 se implementaron los Centros Automatizados de Distribución de Insumos Terapéuticos (CADIT) en las 25 Unidades Médicas de Alta Especialidad (UMAE), con el fin de entregar de manera oportuna los medicamentos a pacientes hospitalizados y minimizar el riesgo en la ministración de los mismos. A dos años de su implementación, los CADIT se han consolidado en las Unidades Médicas de Alta Especialidad a través de la automatización y simplificación de los procesos, proporcionando dosis exactas a los pacientes hospitalizados las 24 horas del día, los 365 días del año, con una atención de mayor calidad y calidez por parte del personal de enfermería hacia el derechohabiente.

Con estas acciones se obtiene un abasto oportuno y exacto de medicamentos, en beneficio de la población derechohabiente y siguiendo los estándares para distribución de medicamentos que dicta la Comisión Federal para la Protección Contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS). Adicionalmente, gracias al uso de los

Gráfica XI.2.
Quejas por desabasto en el primer nivel de atención en el Distrito Federal
 (12 de enero al 18 de junio de 2015)



Fuente: Dirección Jurídica, IMSS.

CADIT en las UMAE del IMSS, se han logrado en lo que va de la presente Administración, ahorros de más de 170 millones de pesos al evitar mermas y sobre consumos en medicamentos.

Durante 2015 se continuará fortaleciendo la mejora y automatización en la ministración de medicamentos, implementando el modelo de distribución de medicamentos a través de los CADIT, a las principales unidades médicas hospitalarias del segundo nivel de atención.

XI.1.2. Racionalización del gasto en otorgamiento de servicios médicos

Tan importante como contar con los medicamentos de forma oportuna cuando se requieren, es poder tener acceso a la atención médica oportuna para prevenir

o atender problemas de salud. Ante el aumento en la demanda de servicios médicos por parte de la población derechohabiente de los últimos años, el Instituto implementó estrategias para atender esa demanda. Dentro de los servicios médicos que presta el IMSS, destacan por su impacto en la salud de la población y por su complejidad diagnóstica y terapéutica, los denominados servicios integrales, a los que el Instituto destinó en promedio 13,000 millones de pesos anuales en los tres últimos años.

Servicios médicos integrales

Los servicios médicos integrales se conforman por el equipo médico y sus accesorios, el instrumental quirúrgico y los bienes de consumo. Estos servicios comprenden las terapias sustitutivas renales (diálisis y hemodiálisis), estudios de laboratorio, banco de

sangre y procedimientos de mínima invasión, entre otros. Al inicio de esta Administración se inició un decidido proceso de dimensionamiento y control en el otorgamiento de esos servicios, para asegurar que los recursos destinados se utilicen de manera eficiente, ya que su gasto se encontraba creciendo a tasas muy superiores a las que lo hace la población derechohabiente.

Servicios de diálisis y hemodiálisis

Para los pacientes que tienen que ser sujetos a una terapia sustitutiva de la función renal, ya sea mediante diálisis o hemodiálisis, desde 2013 se inició un programa de dimensionamiento del número de pacientes que se tenía en cada tipo de terapia, ya que las áreas médica, administrativa y de finanzas no contaban con una misma cifra en cuanto a número de pacientes, además de no tener claridad sobre los métodos de comprobación de vigencia que se seguían para estos pacientes.

Ante ello, se diseñó una herramienta denominada Censo de Pacientes con Insuficiencia Renal Crónica (CIRC) que permite que las Delegaciones y Unidades Médicas de Alta Especialidad puedan dar de alta, baja o modificar en línea la terapia de cada uno de los pacientes que hacen uso de cada una de las modalidades de atención por insuficiencia renal que proporciona el Instituto (diálisis peritoneal automatizada, diálisis peritoneal continua ambulatoria, hemodiálisis interna y hemodiálisis subrogada). Dicho censo opera en línea y valida en forma automática que el paciente se encuentra vigente en sus derechos, lo que hace posible contar con el universo de pacientes actualizado. Con base en el censo, hoy se realiza la asignación presupuestal delegacional por cada paciente de acuerdo con su costo unitario por el tipo de terapia que recibe, además de facilitar su registro ante el Centro Nacional de Trasplantes.

En 2014 este censo se consolidó con una depuración de cerca de 18,000 registros, pasando de casi 76,000 pacientes por los que en 2012 se pagaban terapias sustitutivas de la función renal, a 58 mil de ellos al cierre de 2014, distribuidos como sigue: diálisis peritoneal automatizada 15 mil, diálisis peritoneal continua ambulatoria 19 mil, hemodiálisis interna 11 mil y hemodiálisis subrogada 13 mil.

Optimización de los servicios de laboratorio clínico

Los servicios de laboratorio es una de las actividades que desde 2008 se eligió para ser prestado por terceros en las instalaciones del Instituto. Al igual que la mayor parte de los servicios integrales, esta Administración encontró crecimientos sostenidos muy elevados para laboratorio (7.6% anual para el periodo 2006-2012), por lo que desde 2013 se empezaron a implementar controles en la prescripción de los estudios de laboratorio.

En enero 2014 se organizó un Consenso Nacional de Laboratorios Clínicos Institucionales con la participación de las áreas médicas y administrativas involucradas en la prescripción de estos estudios, en el que se identificaron las causas no clínicas del incremento en el número de estudios y se determinaron los conceptos de "Gasto Unitario Promedio por Consulta" y "Gasto Unitario Promedio por Egreso", para evaluar el desempeño de las unidades. Debido al seguimiento y monitoreo de estos dos indicadores, así como a los esfuerzos del área médica para reforzar la prescripción razonada de estudios de laboratorio, se evitaron duplicidades en los mismos y se mejoró su oportunidad sin detrimento en la prestación del servicio, con lo que se consiguió revertir su incremento y en 2014 se logró, por segundo año consecutivo, reducir el número de estudios anuales, obteniéndose un gasto ejercido 6.5% menor al de 2013, con un ahorro estimado en 230 millones de pesos.

La gráfica XI.3 muestra los avances relacionados a la mejora en el control de la prescripción de estudios de laboratorio en segundo nivel de atención, observando decremento en los cuatro parámetros monitorizados relacionados con seguimiento delegacional.

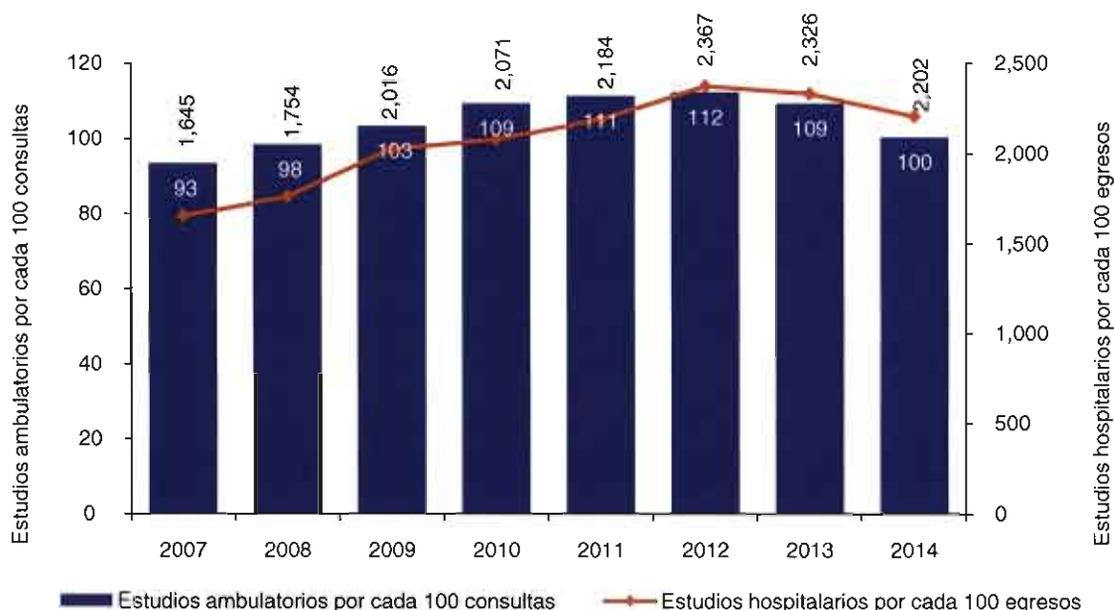
Actualmente, el IMSS se encuentra en el proceso de diseño de las bases para la contratación de diversos servicios integrales bajo un esquema plurianual, como las diálisis, hemodiálisis, laboratorio y cirugías de mínima invasión, entre otros. Para estas licitaciones se buscará replicar las lecciones exitosas de la compra consolidada de medicamentos en materia de transparencia, participación y competencia, con lo que se espera obtener aún mejores condiciones de precio, calidad y oportunidad que los actuales, que permitan brindar los servicios médicos que merecen los derechohabientes y, al mismo tiempo, sigan obteniéndose ahorros para el Instituto, en línea con los objetivos institucionales trazados desde el inicio de la Administración: mejorar la calidad y calidez de los

servicios, al mismo tiempo de sanear financieramente al Instituto.

XI.1.3. Optimización del gasto administrativo y de operación

El gasto administrativo soporta la actividad institucional en materia de prestación de todos los servicios que otorga el Instituto. Al inicio de esta Administración se encontraron muchos de estos servicios con un fuerte crecimiento en el gasto sostenido para el periodo 2006-2012 de 4.7% anual promedio en el caso de servicios generales y 6.5% en conservación. Es por eso que desde 2013 se implementaron diversas medidas para la contención y optimización del gasto administrativo, logrando reducir la tasa de crecimiento en dichos gastos para el periodo 2013-2014 a 3.9% en el caso de servicios generales y 6.3% en conservación, que hoy tienen al Instituto en un punto de inflexión en el que se deben seguir reforzando las acciones en esta materia para cristalizar lo que ya se ha avanzado.

Gráfica XI.3.
Evolución de los estudios de laboratorio, ambulatorios y hospitalarios, 2007-2014



Fuente: IMSS.

Algunas de las más destacadas acciones llevadas a cabo durante 2014 en materia de optimización y racionalización del gasto administrativo y de operación, se presentan en este apartado.

Arrendamiento de vehículos

Hasta el año 2012 el IMSS compraba toda su flota vehicular, lo cual implicaba altos costos de operación, aseguramiento y sobre todo mantenimiento, además de los costos intangibles que implican el envejecimiento del parque vehicular en materia de accidentes y descomposturas con el consecuente tiempo de espera en los talleres del Instituto. En 2013 se realizó la contratación de un servicio de arrendamiento integral de transporte vehicular mediante el cual se sustituyeron en una primera etapa 197 vehículos para el servicio administrativo.

En este esquema el proveedor del servicio administra la plantilla vehicular, se hace cargo de los mantenimientos, el aseguramiento y cualquier costo asociado, así como de garantizar la disponibilidad inmediata de los vehículos en caso de descompostura o accidente. Con esta acción se ha logrado mejorar la calidad del servicio y una reducción del gasto en diversos rubros como el mantenimiento y aseguramiento vehicular.

En una segunda etapa de este programa de arrendamiento de transporte vehicular, en 2014 se elaboró un plan de sustitución de 300 ambulancias propias por arrendadas, lo cual permitió ofrecer a los derechohabientes y sus acompañantes mejores condiciones de seguridad, comodidad, oportunidad y calidad en el servicio, así como la reducción de gastos de operación. Para ello, se realizó un análisis costo-beneficio que permitió identificar el mejor esquema de arrendamiento para el Instituto, con la participación de un testigo social para fortalecer la transparencia del proceso de contratación.

La recepción de las nuevas ambulancias y la sustitución de las más viejas se están llevando a cabo desde mayo y durante los siguientes meses se implementará una segunda etapa de arrendamiento, para convertir esta modalidad en un programa regular de renovación del parque vehicular del Instituto.

Conservación y mantenimiento de equipo médico y electromecánico

En línea con el objetivo de maximizar el uso de los recursos institucionales, está la estrategia de hacer más eficiente el gasto en conservación y mantenimiento de instalaciones, equipo médico y equipo electromecánico a nivel nacional, que tiene un fuerte impacto en la atención médica al evitar el diferimiento de estudios de diagnóstico y tratamientos. Durante 2014 se realizaron acciones con el propósito de optimizar y hacer eficiente el gasto de conservación en estos rubros, mediante una mejora en la administración de los contratos de servicios e incrementando las supervisiones en campo, de tal forma que se efectuó en tiempo y forma el mantenimiento preventivo y correctivo a 6,862 equipos médicos —18% más que los realizados en 2013— y 1,023 equipos electromecánicos.

Para 2015 se tiene planeado continuar con un ambicioso programa de mantenimiento del equipo médico y electromecánico institucional, manteniendo precios iguales o menores al 2014.

XI.1.4. Acciones para optimizar la utilización de inmuebles

Con el objetivo institucional de sanear financieramente al Instituto, a partir de 2013 esta Administración inició el análisis de los espacios disponibles en los inmuebles propios y arrendados, a fin de optimizarlos y con ello, mejorar la disposición y aprovechamiento de los espacios institucionales, principalmente los que

están dedicados a la atención a los derechohabientes. Durante el 2014 se siguió con la implementación de las medidas que se iniciaron en esta materia desde el año anterior, logrando la optimización de casi 7,000 metros cuadrados de oficinas, en las que hoy se brinda atención a los derechohabientes en instalaciones mejor aprovechadas y en algunos casos también se logró reducir el costo que pagaba el IMSS en arrendamientos.

Algunas de las principales medidas implementadas, se destacan en la presente sección.

Arrendamiento de inmuebles

Derivado de la imposibilidad del Instituto de dar cabida a todos sus servicios en sus instalaciones, desde hace algunos años se ha permitido el arrendamiento de espacios, principalmente los dedicados a la atención al público. Esta Administración inició una revisión detallada de las áreas alquiladas en las delegaciones y en el nivel central, encontrando que en muchos casos se trataba de espacios no dedicados a la atención al público y en algunos de ellos la Delegación contaba con inmuebles propios, que con una inversión menor podrían utilizarse en iguales o mejores condiciones que los arrendados, sin el costo para el IMSS. Derivado de las acciones implementadas en 2014, el Instituto logró reducir el número de inmuebles arrendados de 420 a 365, lo que representa 13% y contener 4.5% el gasto en este rubro con respecto al presupuesto autorizado.

Aprovechamiento de los espacios institucionales

De manera complementaria a la optimización de espacios mediante la cancelación de arrendamientos, a fin de lograr un mejor aprovechamiento de los lugares institucionales destinados a la comercialización de servicios a la población derechohabiente —como la venta de alimentos y bebidas, aparatos ortopédicos, libros, servicios de fotocopiado e Internet, entre otros—, durante 2014 se llevó a cabo una diferenciación

y actualización de las cuotas que se cobran a los permisionarios por el uso de áreas institucionales, con base en el tipo de uso de los inmuebles.

Al cierre del ejercicio, el Instituto generó ingresos del orden de los 128.4 millones de pesos por el cobro de Permisos de Uso Temporal Revocable a diversos establecimientos, lo que representa un incremento de 19% con respecto al año previo. En particular, destaca la instalación de un kiosko de tiendas de conveniencia en los Centros Médicos Nacionales del Distrito Federal, con las que además de procurar recursos al Instituto, se brinda a la población derechohabiente que asiste a estos sitios, una opción de compra adicional, más digna y en mejores condiciones que los puestos ambulantes que se encuentran en las calles aledañas a esos hospitales.

XI.1.5. Inversión física

La presente Administración decidió cuestionar y revisar el modelo de inversión en obra pública del Instituto, con el objeto de racionalizar los modelos de construcción y obtener un modelo más eficiente y optimizado, que permitiera la adecuada prestación de los servicios médicos en instalaciones más sobrias y que redujera gastos de construcción y mantenimiento.

Derivado de este análisis, en 2013 y 2014 se tuvo un subejercicio en el rubro de inversión física —aun con este subejercicio, comparado con el primer bienio de la Administración anterior el gasto en inversión física fue mayor en 2.5% en términos reales—; sin embargo, permitió el desarrollo de nuevos prototipos de Unidades de Medicina Familiar que reducen los costos de construcción prácticamente a la mitad y que implicarán un menor gasto de operación y mantenimiento, con lo que se podrá contar con las instalaciones o servicios necesarios para atender con calidad y oportunidad a los derechohabientes, y se podrá hacer frente a la creciente demanda de servicios médicos e incrementar la cobertura del primer nivel de atención de una manera costo-efectiva.

En este contexto, en tanto se finalizaba la determinación de los nuevos prototipos de construcción, el presupuesto de los dos primeros años de la Administración se destinó principalmente a la conclusión y equipamiento de las obras iniciadas en ejercicios anteriores, a fin de garantizar el inicio de operación y la optimización de los recursos financieros, así como a la construcción de Unidades de Medicina Familiar de carácter estratégico y alto impacto social. De esa forma, en 2014 se terminó la construcción del Hospital General Regional de 230 camas localizado en Reynosa, Tamaulipas, realizada con una inversión de 1,039.5 millones de pesos para beneficio de 381,932 derechohabientes.

Igualmente, se construyeron cuatro Unidades de Medicina Familiar, con una inversión total de 195.3 millones de pesos y una población beneficiada de 98,500 derechohabientes. Estas obras son: la Unidad de Medicina Familiar de 17 consultorios en Irapuato, Guanajuato, con la que se dio cumplimiento al compromiso de gobierno número CG-225 denominado "Construir una clínica de medicina familiar en Irapuato, Guanajuato", y 3 unidades localizadas en Tacámbaro, Yurécuaro y Quiroga, en el estado de Michoacán,

construidas en el marco del Plan Michoacán implementado por el Ejecutivo Federal (cuadro XI.3). En cuanto a la infraestructura no médica, se concluyó la ampliación de un almacén en Morelia, Michoacán.

También en 2014, por primera vez en muchos años, se inició la construcción de 4 Hospitales Generales en un mismo ejercicio, con los cuales se incrementará la capacidad instalada del Instituto en 603 camas, en beneficio de una población de casi un millón de derechohabientes (cuadro XI.4).

Por otro lado, durante 2014 se concluyó la ampliación y remodelación del Hospital General de Zona No. 2A Troncoso, en el Sur del Distrito Federal, además de instalarse 5 escaleras de emergencia en 5 unidades médicas, 4 hospitalarias de tercer nivel de atención y 1 de primer nivel de atención, como prevención ante alguna eventualidad o siniestro, con una inversión de 38.3 millones de pesos y en beneficio de 16.1 millones de derechohabientes (cuadro XI.5).

Al cierre del ejercicio 2014 continúa en proceso la construcción de la Central de Servicios del Centro Médico Nacional "La Raza" (obra de sustitución) y la

Cuadro XI.3.
Obras médicas nuevas concluidas

No.	Delegación	Localidad	Unidad	Tipo de Obra	Fecha de Término
Unidades de Medicina Familiar					
1	Guanajuato	Irapuato	UMF ^{1/} 17 Consultorios	Nueva	(febrero 2014)
2	Michoacán	Quiroga	UMF ^{1/} No. 3, 2 Consultorios	Nueva Sustitución	(diciembre 2014)
3	Michoacán	Tacámbaro	UMF ^{1/} No. 74, 2 Consultorios	Nueva Sustitución	(diciembre 2014)
4	Michoacán	Yurécuaro	UMF ^{1/} No. 72, 2 Consultorios	Nueva Sustitución	(diciembre 2014)
Hospitales					
1	Tamaulipas	Reynosa	HGR ^{2/} 230 Camas	Nueva	(mayo 2014)
5	Total de acciones				

^{1/} Unidad de Medicina Familiar.

^{2/} Hospital General Regional

Fuente: Dirección de Administración, IMSS.

Cuadro XI.4.
Obras médicas iniciadas

No.	Delegación	Localidad	Unidad	Tipo de Obra	Fecha de Término ^{1/}	No. de Camas por Delegación	Incremento de Camas	Porcentaje de Incremento
1	Aguascalientes	Aguascalientes	HGZ ^{2/} 144 Camas	Nueva	(diciembre 2015)	348	144	41.4
2	Colima	Villa de Álvarez	HGZ 165 Camas	Nueva sustitución	(agosto 2015)	188	65	34.6
3	Guanajuato	León	HGR ^{3/} 250 Camas	Nueva	(agosto 2015)	657	250	38.1
4	Sonora	Nogales	HGZ 144 Camas	Nueva	(junio 2016)	1,075	144	13.4

4 Total de acciones

^{1/} Las fechas reportadas son susceptibles de modificarse en razón de su desarrollo constructivo

^{2/} Hospital General de Zona

^{3/} Hospital General Regional.

Fuente: Dirección de Administración, IMSS.

Cuadro XI.5.
Obras médicas de ampliación y/o remodelación concluidas

No.	Delegación	Localidad	Unidad	Tipo de Obra	Fecha de Término
Programa de escaleras de emergencia					
1	Norte del D. F.	CMN ^{1/} La Raza	UMAE ^{2/} H. Infectología	Amp. y/o Remod. Esc.de Emerg.	(septiembre 2014)
2	Nuevo León	Monterrey	UMAE HTO ^{3/} No. 21	Amp. y/o Remod. Esc.de Emerg.	(septiembre 2014)
3	Norte de Veracruz	Veracruz	UMAE Anexo H. Especialidades	Amp. y/o Remod. Esc.de Emerg.	(septiembre 2014)
4	Jalisco	Guadalajara	CMNO ^{4/} UMAE H. Especialidades	Amp. y/o Remod. Esc.de Emerg.	(septiembre 2014)
5	Sur del D. F.	Calzada del Hueso	UMF y R ^{5/} "Región Sur"	Amp. y/o Remod. Esc.de Emerg.	(diciembre 2014)
Otras ampliaciones y/o remodelaciones					
1	Sur del D. F.	Troncoso	HGZ ^{6/} 2A	Amp. y/o Remod.	(diciembre 2014)

6 Total de acciones

^{1/} Centro Médico Nacional

^{2/} Unidad Médica de Alta Especialidad.

^{3/} Hospital de Traumatología y Ortopedia

^{4/} Centro Médico Nacional de Occidente

^{5/} Unidad de Medicina Familiar y Rehabilitación.

^{6/} Hospital General de Zona.

Fuente: Dirección de Administración, IMSS

Unidad de Medicina Familiar No. 37 en Coatzacoalcos, Veracruz, así como la ampliación y remodelación del área de Urgencias del Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 2 en San Luis Potosí, San Luis Potosí. Por lo que hace a la infraestructura no médica, se encuentra en proceso constructivo un almacén de sustitución en Zacatecas, Zacatecas.

Como parte del Programa de Protección Civil Institucional y para la prevención ante alguna eventualidad o siniestro, a principios de 2015 se concluyó la instalación de 41 escaleras de emergencias en guarderías del Distrito Federal, que fueron iniciadas en 2014.

Finalmente, en complemento a las acciones de obra descritas, en el contexto del Programa de Sustitución de Equipo Electromecánico, se sustituyeron en 61 unidades médicas 91 equipos que por su antigüedad y obsolescencia presentaban constantes fallas y altos costos de mantenimiento; asimismo, se adquirieron 1,027 equipos de limpieza para mejorar la imagen institucional y la satisfacción y percepción de los derechohabientes. Al cierre de 2014 se tienen registrados ante la Secretaría de Hacienda y Crédito Público 9 proyectos de inversión para continuar en el ejercicio 2015 con el programa de sustitución de 696 equipos electromecánicos y 6,120 equipos de limpieza.

Con todo ello, el Instituto dejó las bases para que la inversión en infraestructura de este año se realice en tiempo y forma, atendiendo a las prioridades institucionales y procurando la optimización del gasto en esa materia, atendiendo a los objetivos estratégicos institucionales de mejorar la calidad y calidez de los servicios al otorgar mejores instalaciones y equipos médicos y electromecánicos, de una forma costo-efectiva, lo que contribuirá al saneamiento de las finanzas institucionales.

En el 2015 se lanzará un programa de expansión de infraestructura con base en los nuevos prototipos de unidades médicas que consideran las necesidades de los derechohabientes, una mejor funcionalidad, calidad y eficiencia del inmueble, privilegiando el crecimiento sustentable y costo-efectivo, definido a través de un análisis georreferenciado de la infraestructura del IMSS, que considera la demanda existente por servicios y la productividad de los inmuebles actuales. La expansión a considerar para el 2015 incluye la construcción de 28 nuevas unidades de medicina familiar y la sustitución de otras 12 que se encuentran en malas condiciones o que se ubican en inmuebles rentados. Para este programa de inversión en infraestructura, en 2015 se tiene un presupuesto de poco más de 5,700 millones de pesos. Además se está evaluando incorporar en el proyecto de presupuesto para el próximo año, otros 4 bajo la modalidad de Asociaciones Público Privadas (APP), lo que asegura la viabilidad financiera y operativa de las unidades, a la vez que permite un crecimiento acelerado en la capacidad instalada (cuadro XI.6.).

Cuadro XI.6.
Proyectos de inversión en obra, 2015-2018
(millones de pesos)

Tipo de obra	Proyectos	Monto aproximado 2015-2018
Hospitales		
Terminación 2015 (Colima y Reynosa)	2	2,474
En proceso	8	6,355
Asociaciones Público Privadas (APP) ^{1/}	4	5,081
Unidades de Medicina Familiar		
Nuevas	28	1,022
Sustitución	12	316
Ampliación y remodelación de Urgencias	28	1,053
Ampliación y remodelación de otras áreas	91	2,031
Total	173	18,332

^{1/} Asociaciones público privadas en proceso de evaluación.
Fuente: IMSS.

XI.2. Estado que guardan las instalaciones y equipos del Instituto

Este apartado presenta la situación en la que se encuentran las instalaciones y equipo del Instituto, particularmente los dedicados a la atención médica. Presenta el inventario inmobiliario y médico al 31 de diciembre de 2014.

XI.2.1. Infraestructura inmobiliaria institucional

De acuerdo con el inventario inmobiliario institucional, al cierre de 2014 se cuenta con un total de 3,196 unidades en operación del Régimen Ordinario. De éstas, 2,279 (71%) están asignadas a la prestación de servicios médicos o son apoyo de los mismos, en tanto que 917 (29%) se destinan a realizar funciones relacionadas con prestaciones económicas y sociales, servicios de incorporación y recaudación, y de administración.

Instalaciones médicas del Régimen Ordinario

Las unidades están organizadas en tres niveles de atención originadas por la magnitud y complejidad de las necesidades de salud de la población derechohabiente. El primer nivel atiende principalmente servicios preventivos y de medicina familiar; el segundo brinda acciones y servicios de atención ambulatoria especializada, hospitalización y de urgencias, y el tercer nivel atiende las enfermedades de mayor complejidad, que necesitan equipos e instalaciones especializadas.

Al 31 de diciembre de 2014, el Instituto cuenta con 1,503 unidades de primer nivel, de las cuales 1,102 son Unidades de Medicina Familiar y 381 son unidades auxiliares, con una antigüedad promedio de 35 y 28 años, respectivamente; asimismo, existen 20 Unidades de Medicina Familiar con Unidades Médicas de Atención Ambulatoria (UMAA) (cuadro XI.7).

En el segundo nivel de atención, existen 246 unidades con una antigüedad promedio de 38 años. Entre éstas se incluyen 17 Unidades Médicas de Atención Ambulatoria, de las cuales 11 corresponden a unidades independientes y 6 son unidades anexas a Unidades de Medicina Familiar u hospitales. Las Unidades Médicas de Atención Ambulatoria tienen una antigüedad promedio de 8 años.

En el tercer nivel de atención se tienen 25 Unidades Médicas de Alta Especialidad y 11 unidades médicas complementarias, las cuales ofrecen servicios para la atención de patologías de alta complejidad diagnóstica y terapéutica. La infraestructura de tercer nivel tiene 40 años de antigüedad en promedio. El cuadro XI.8 contiene el detalle de estas unidades.

Se cuenta, además, con 487 unidades que apoyan la atención médica o están dedicadas a la educación e investigación médica (cuadro XI.6). Algunas de estas unidades se encuentran en inmuebles independientes, otras operan en inmuebles de unidades médicas o administrativas del Instituto. Entre ellas se incluyen 421 bibliotecas, 13 centros de investigación educativa y formación docente, 7 escuelas de enfermería y 45 unidades y centros de investigación en salud.

En el cuadro XI.9 se presenta la distribución por región, delegación y nivel de atención de las unidades del Régimen Ordinario dedicadas a la prestación de servicios médicos.

Estado físico de las unidades médicas del Régimen Ordinario

Para dar cumplimiento al Artículo 273 de la Ley del Seguro Social, se valoró el estado físico de equipos propios, instalaciones e inmuebles en 1,447 unidades médicas, esto es, 81% del total de las unidades médicas en operación (1,792 unidades). El estado del equipo de las unidades se calificó como bueno o regular en 97%, 96% y 90% de las unidades del primer, segundo y tercer niveles de atención, respectivamente.

Cuadro XI.7.
Infraestructura médica por nivel de atención y tipo de unidad, 2013-2014

Tipo de unidad	No. de unidades	
	2013	2014
Unidades médicas		
Primer nivel de atención	1,502	1,503
Unidades de Medicina Familiar (UMF)	1,100	1,102
Unidades de Medicina Familiar con UMAA	21	20
Unidades Auxiliares de Medicina Familiar (UAMF)	381	381
Segundo nivel de atención	246	246
Hospitales Generales	116	117
Hospitales Generales con MF	112	112
Hospitales Generales con UMAA	8	6
Unidades Médicas de Atención Ambulatoria (UMAA)	10	11
Tercer nivel de atención^{1/}	36	36
Total de unidades médicas	1,784	1,785
Infraestructura de apoyo a la atención médica		
Laboratorio de citología exfoliativa	1	1
Taller de prótesis y órtesis	1	1
Farmacias centrales	5	5
Total de infraestructura de apoyo a la atención médica	7	7
Infraestructura para la capacitación, desarrollo médico e investigación en salud		
Bibliotecas (Centros de investigación y documentación en salud)	428	421
Escuelas de enfermería	7	7
Centros de investigación educativa y formación docente	13	13
Unidades y centros de investigación en salud	39	45
Bioterio	1	1
Total de infraestructura para la capacitación, desarrollo médico e investigación en salud	488	487
Total	2,279	2,279

^{1/}No incluye la Unidad de Consulta Externa, del Centro Médico Nacional "La Raza", que es una unidad administrativa que proporciona servicios a las Unidades Médicas de Alta Especialidad, tanto del Hospital de Especialidades como del Hospital General, ambos del Centro Médico Nacional "La Raza".

Fuente: Dirección de Prestaciones Médicas, IMSS.

Cuadro XI.8.

Unidades médicas de tercer nivel y unidades complementarias, 2014^{1/}

Delegación/UMAE/Unidad complementaria

Distrito Federal

1. Hospital de Especialidades "Dr. Antonio Fraga Mouret", Centro Médico Nacional "La Raza"
Hospital de Psiquiatría "Morelos"
Banco Central de Sangre, Centro Médico Nacional "La Raza"
2. Hospital General "Dr. Gaudencio González Garza", Centro Médico Nacional "La Raza"
Hospital de Infectología "Dr. Daniel Méndez Hernández", Centro Médico Nacional "La Raza"
3. Hospital de Gineco-Obstetricia No. 3, Centro Médico Nacional "La Raza"
4. Hospital de Traumatología "Dr. Victorio de la Fuente Narváez", Magdalena de las Salinas
Hospital de Ortopedia "Dr. Victorio de la Fuente Narváez", Magdalena de las Salinas
Unidad de Medicina Física y Rehabilitación Norte
5. Hospital de Cardiología, Centro Médico Nacional "Siglo XXI"
6. Hospital de Especialidades "Dr. Bernardo Sepúlveda Gutiérrez", Centro Médico Nacional "Siglo XXI"
Hospital de Psiquiatría "San Fernando"
Banco Central de Sangre, Centro Médico Nacional "Siglo XXI"
7. Hospital de Pediatría, Centro Médico Nacional "Siglo XXI"
8. Hospital de Oncología, Centro Médico Nacional "Siglo XXI"
9. Hospital de Gineco-Obstetricia No. 4 "Luis Castelazo Ayala"
10. Hospital de Traumatología y Ortopedia "Lomas Verdes"
Unidad de Medicina Física y Rehabilitación Centro

Guadalajara, Jalisco

11. Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional de Occidente
Banco Central de Sangre, Centro Médico Nacional de Occidente
12. Hospital de Pediatría, Centro Médico Nacional de Occidente
13. Hospital de Gineco-Obstetricia, Centro Médico Nacional de Occidente

Monterrey, Nuevo León

14. Hospital de Especialidades No. 25, Centro Médico Nacional del Noroeste
Hospital de Psiquiatría No. 22
15. Hospital de Cardiología No. 34
16. Hospital de Traumatología y Ortopedia No. 21
Unidad de Medicina Física y Rehabilitación No.1
17. Hospital de Gineco-Obstetricia No. 23 "Dr. Ignacio Morones Prieto"

Torreón, Coahuila

18. Hospital de Especialidades No. 71

Puebla, Puebla

19. Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional "Manuel Ávila Camacho"
20. Hospital de Traumatología y Ortopedia, Centro Médico Nacional "Manuel Ávila Camacho"

León, Guanajuato

21. Hospital de Especialidades No. 1, Centro Médico Nacional del Bajío
22. Hospital de Gineco Pediatría No. 48, Centro Médico Nacional del Bajío

Veracruz, Veracruz

23. Hospital de Especialidades No.14, Centro Médico Nacional "Lic. Adolfo Ruiz Cortines"

Ciudad Obregón, Sonora

24. Hospital de Especialidades No. 2 "Lic. Luis Donald Colosio Murrieta", Centro Médico Nacional Noroeste

Mérida, Yucatán

25. Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional "Ignacio García Téllez"
-

^{1/} No incluye la Unidad de Consulta Externa del Centro Médico Nacional "La Raza", que es una unidad administrativa que proporciona servicios a las Unidades Médicas de Alta Especialidad, tanto del Hospital de Especialidades como del Hospital General, ambos del Centro Médico Nacional "La Raza".

Fuente: Dirección de Prestaciones Médicas, IMSS.

Cuadro XI.9.
Unidades médicas por región, delegación, nivel de atención y tipo de unidad, 2014
(número de unidades)

Región/Delegación	Primer nivel			Segundo nivel			Tercer nivel ^{4/}
	Medicina familiar ^{1/}	Medicina Familiar con UMAA	Unidades Auxiliares de MF	Hospitales ^{2/}	Hospitales con UMAA	UMAA ^{3/}	
Centro	177	7	88	45	0	2	18
Distrito Federal Norte	21	0	34	7	0	0	8
Distrito Federal Sur	19	3	20	11	0	0	8
Guerrero	13	1	9	6	0	0	0
México Oriente	41	2	17	11	0	1	0
México Poniente	41	1	2	5	0	0	2
Morelos	21	0	2	3	0	0	0
Querétaro	21	0	4	2	0	1	0
Oficinas Centrales	0	0	0	0	0	0	0
Norte	274	6	55	51	2	4	7
Aguascalientes	11	0	1	2	0	1	0
Coahuila	36	1	13	12	0	1	1
Chihuahua	46	1	3	9	1	0	0
Durango	29	1	18	4	0	0	0
Nuevo León	46	1	7	9	0	1	6
San Luis Potosí	30	0	6	6	0	0	0
Tamaulipas	43	2	6	7	1	0	0
Zacatecas	33	0	1	2	0	1	0
Occidente	354	5	140	80	1	3	7
Baja California	30	0	4	8	0	1	0
Baja California Sur	13	1	7	6	0	0	0
Colima	10	0	6	3	0	0	0
Guanajuato	36	0	4	10	0	1	2
Jalisco	102	1	59	16	1	0	4
Michoacán	44	1	17	10	0	0	0
Nayarit	21	0	10	5	0	1	0
Sinaloa	40	1	28	8	0	0	0
Sonora	58	1	5	14	0	0	1
Sur	297	2	98	53	3	2	4
Campeche	9	0	6	2	0	1	0
Chiapas	27	1	13	4	0	0	0
Hidalgo	14	0	5	6	0	0	0
Oaxaca	23	0	5	3	1	0	0
Puebla	44	0	1	4	2	0	2
Quintana Roo	8	0	8	6	0	0	0
Tabasco	30	0	2	3	0	0	0
Tlaxcala	14	0	2	3	0	0	0
Veracruz Norte	45	1	6	8	0	0	1
Veracruz Sur	59	0	23	9	0	0	0
Yucatán	24	0	27	5	0	1	1
Total	1,102	20	381	229	6	11	36

^{1/} Incluye Unidades de Medicina Familiar con Hospitalización (UMFH) y Unidades Médicas Rurales de Esquema Modificado.

^{2/} Incluye Centro Comunitario de Salud Mental; no incluye Laboratorio de Citología Exfoliativa

^{3/} Unidad Médica de Atención Ambulatoria (UMAA) autónoma.

^{4/} Incluye Unidad Médica de Alta Especialidad y unidades complementarias. No incluye la Unidad de Consulta Externa, del Centro Médico Nacional "La Raza", que es una unidad administrativa que proporciona servicios a las Unidades Médicas de Alta Especialidad tanto del Hospital de Especialidades como del Hospital General, ambos del Centro Médico Nacional "La Raza"

Fuente: Dirección de Prestaciones Médicas, IMSS.

El porcentaje de las unidades de primer nivel cuyas instalaciones se calificaron en condiciones buenas o regulares fue de 96%, mientras que el porcentaje para el segundo y tercer niveles fue de 90%. Con relación al estado de los inmuebles, 95%, 97% y 97% de las unidades de primer, segundo y tercer niveles, respectivamente, se calificaron en condiciones buenas o regulares.

En este contexto, se realizaron acciones consolidadas para la realización de trabajos de impermeabilización durante el año 2014 por un monto de 99.7 millones de pesos (sin IVA), con lo que se logró cubrir un total de 365,818 m² en unidades médicas y no médicas.

Instalaciones médicas del Programa IMSS-PROSPERA

La infraestructura inmobiliaria operativa de IMSS-PROSPERA, que forma parte del patrimonio del Instituto, incluye a diciembre de 2014, un total de 4,225 unidades médicas.

El primer nivel de atención lo integran 3,589 Unidades Médicas Rurales, 39 Centros de Atención Rural Obstétrica, 271 Unidades Médicas Urbanas, 24 Unidades Médicas Móviles y 222 Brigadas de Salud. El segundo nivel de atención lo constituyen 80 Hospitales Rurales. El cuadro XI.10 muestra la distribución por región, delegación y nivel de atención de las unidades médicas con que cuenta el Programa.

En las unidades médicas de primer nivel se otorgan servicios básicos de salud a la población usuaria. En promedio, resuelven alrededor de 81% de los problemas de salud de baja complejidad y que requieren contar con recursos básicos para su diagnóstico y tratamiento.

Cabe precisar que las Unidades Médicas Móviles son unidades itinerantes que cuentan con equipo médico para el diagnóstico y tratamiento, con diversos niveles de capacidad resolutive. Son operados por

un médico, una enfermera y un técnico de promoción y educación para la salud que otorgan servicios de promoción, prevención, detección, atención y control de enfermedades.

Por su parte, las Brigadas de Salud se integran por una enfermera y un técnico de promoción y educación para la salud, destinado a proporcionar cuidados de salud y entrega de medicamentos e insumos en localidades alejadas y dispersas del área de influencia del Programa, con base en una ruta preestablecida.

A los Hospitales Rurales (80), unidades médicas de segundo nivel de atención, corresponde aproximadamente 19% de la demanda de atención.

Estado físico de las unidades médicas de IMSS-PROSPERA

La valoración del estado físico del equipo, las instalaciones y el inmueble de las unidades de primer nivel de atención del Programa IMSS-PROSPERA refleja que en 42%, 98% y 95%, respectivamente, se encuentran en buen estado o en estado regular. En relación con el segundo nivel de atención, los hospitales reportan que el equipo, instalaciones e inmueble se encuentran en buen o regular estado de conservación en 82%, 95% y 89% de los casos, respectivamente.

Unidades no médicas

La infraestructura inmobiliaria no médica del Instituto se integra por unidades propias o rentadas donde se desarrollan actividades de prestaciones económicas y sociales, de incorporación y recaudación, de servicios administrativos y de servicios generales.

Actualmente, el Instituto cuenta con 920 unidades propias (cuadro XI.11), de las cuales 411 son unidades donde se desarrollan actividades de prestaciones económicas y sociales, con una edad promedio de 37 años; 71 son unidades de actividades de incorporación y recaudación, con una edad promedio

Cuadro XI.10.
Unidades médicas del Programa IMSS-PROSPERA por región, delegación, nivel
de atención y tipo de unidad, 2014
(número de unidades)

Región/Delegación	No. de delegaciones	Primer nivel					Total	Segundo nivel
		Unidades Médicas Rurales	Unidades Médicas Urbanas	Brigadas de Salud	Unidades Médicas Móviles	Centros de Atención Rural Obstétrica		Hospital Rural
Centro	5							
Distrito Federal Sur		0	21	0	0	0	21	0
México Poniente		27	8	0	0	0	35	2
Morelos		0	4	0	0	0	4	0
Querétaro		0	4	0	0	0	4	0
Guerrero		15	23	0	19	0	57	1
Norte	7							
Coahuila		78	8	3	0	0	89	3
Chihuahua		144	4	11		2	161	3
Durango		163	2	5	0	0	170	3
Nuevo León		0	3	0	0	0	3	0
San Luis Potosí		202	6	26	0	4	238	5
Tamaulipas		103	0	10	0	0	113	4
Zacatecas		141	9	12	0	0	162	5
Occidente	7							
Baja California		11	4	0	0	0	15	1
Guanajuato		0	11	0	0	0	11	0
Jalisco		0	9	0	0	0	9	0
Michoacán		335	15	28	1	2	381	7
Nayarit		79	4	4	0	2	89	1
Sinaloa		103	5	14	0	0	122	3
Sonora		0	5	0	0	0	5	0
Sur	9							
Campeche		39	4	3	0	0	46	2
Chiapas		557	12	18	0	8	595	10
Hidalgo		215	6	11	4	0	236	4
Oaxaca		469	21	20	0	10	520	9
Puebla		305	13	18	0	2	338	7
Tlaxcala		0	3	0	0	0	3	0
Veracruz Norte		291	19	20	0	3	333	3
Veracruz Sur		229	36	19	0	6	290	3
Yucatán		83	12	0	0	0	95	4
Total Nacional	28	3,589	271	222	24	39	4,145	80

Fuente: Reglas de Operación del Programa IMSS-PROSPERA, IMSS.

Cuadro XI.11.
Unidades no médicas propiedad del IMSS y rentadas por tipo de función,
2013 y 2014

Tipo de función del inmueble	2013		2014	
	Número de inmuebles			
	Inmuebles propios	Inmuebles rentados	Inmuebles propios	Inmuebles rentados
Unidades de Prestaciones Económicas y Sociales	444	115	411	67
Centros de seguridad social para el bienestar familiar	135	12	129	13
Teatros	18	0	18	0
Deportivos	20	1	21	1
Tiendas	25	98	18	49
Centros vacacionales	5	0	4	0
Velatorios	11	0	11	0
Guarderías	220	4	199	4
Bibliotecas	1	0	1	0
Albergues	8	0	9	0
Unidad de congresos	1	0	1	0
Unidades de Incorporación y Recaudación	71	57	71	59
Subdelegaciones	71	57	71	59
Unidades Administrativas	46	47	46	41
Oficinas delegacionales	29	43	29	37
Casas delegados	16	4	16	4
Organismo de seguridad social (CIESS) ^{1/}	1	0	1	0
Unidades de Servicios Generales	115	70	109	68
Lavanderías regionales	18	0	18	0
Centros de capacitación	5	6	6	5
Unidades de reproducciones gráficas	1	0	1	0
Módulos de ambulancia y transportes	10	0	9	0
Estacionamientos	7	0	8	0
Centrales de servicio	16	0	14	0
Almacenes	46	10	41	10
Bodegas	7	15	7	12
Bodegas de bienes embargados	5	39	5	41
Unidades desocupadas	245	0	283	3
Terrenos	151	0	146	3
Inmuebles pendientes de aplicar ^{2/}	94	0	137	0
Total	921	289	920	238

^{1/} CIESS: Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social.

^{2/} Unidades que a la fecha de corte no tienen destino específico y que están disponibles para darles el uso o destino que se requiera.

Fuente: Dirección de Administración, IMSS.

de 34 años; 46 son unidades administrativas, con una edad promedio de 38 años; 109 son unidades de servicios generales, con una edad promedio de 35 años; 137 son unidades que aún no tienen destino específico, y 146 son terrenos desocupados.

Al mismo tiempo, el Instituto renta 238 inmuebles. La mayoría de las unidades no médicas rentadas albergan actividades relacionadas con servicios generales (29%), seguidas por actividades de prestaciones económicas y sociales (28%), y de incorporación y recaudación (25%).

Estado físico de las unidades no médicas

El estado que guardan los inmuebles institucionales no médicos se valoró considerando el estado físico del propio inmueble, sus instalaciones y equipos. El porcentaje de cada uno de estos rubros (equipo, instalaciones e inmuebles) que resultó en condiciones buenas o regulares es de 95%, 94% y 95%, respectivamente.

XI.2.2. Equipo institucional

Equipo médico

El Instituto cuenta con equipo médico distribuido en la red de unidades médicas descritas en la sección anterior. Este equipo forma parte de la tecnología que a lo largo de 72 años el Instituto ha adquirido y acumulado. La obsolescencia de algunos aparatos y el surgimiento de nuevas tecnologías en medicina han hecho indispensable que la institución implemente un programa destinado a mejorar la calidad de la atención médica, a través de la incorporación de nuevas tecnologías de diagnóstico y terapéuticas que permitan anticipar el daño a la salud y contener el gasto asociado al tratamiento de enfermedades de alto costo.

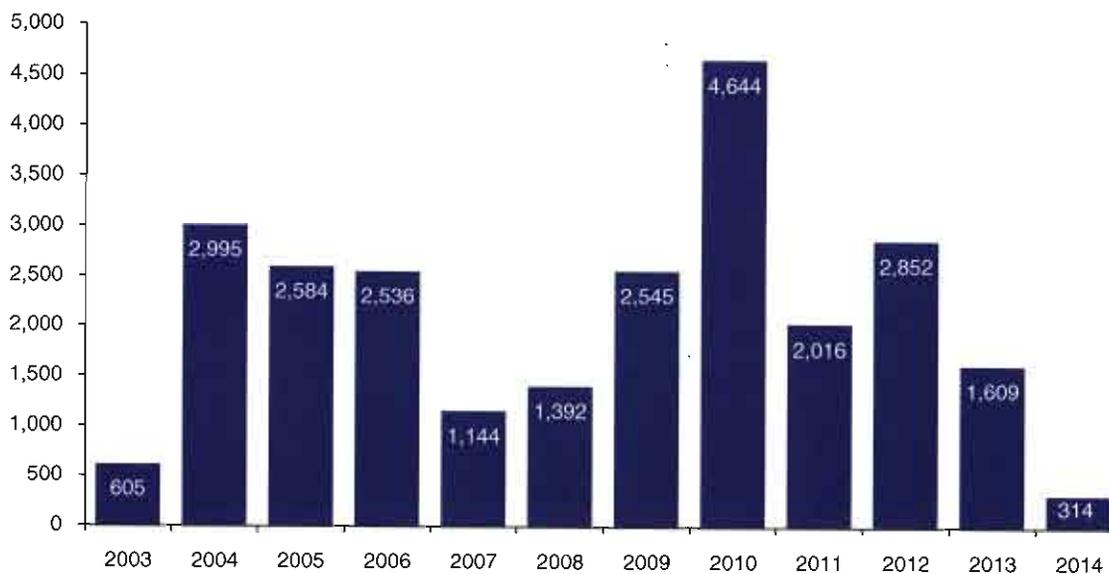
La administración y planeación de la renovación del equipo médico requiere de la evaluación de la efectividad y eficiencia de los nuevos aparatos que se utilizarán en los servicios de salud para el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de los pacientes. El momento óptimo para la sustitución de equipos es difícil de determinar y depende de varios factores. La obsolescencia puede darse por falta de refacciones, de accesorios y consumibles o por descomposturas frecuentes que disminuyen la productividad del equipo. La sustitución de equipos que aún con vida útil son rebasados por el surgimiento de nuevas tecnologías menos invasivas, de menor costo de utilización y que superan las opciones diagnósticas y terapéuticas existentes.

En 2014 se realizó una inversión en equipo y mobiliario médico equivalente a 314 millones de pesos (gráfica XI.4). Para asegurar que esa inversión tuviera el mayor impacto en la operación y para preparar las adquisiciones de años siguientes, se depuró y priorizó nuevamente la Proforma de Requisición Electrónica, en la cual las unidades médicas reflejan sus necesidades de equipamiento. Al importe del Régimen Ordinario se añade la inversión en equipo y mobiliario médico del Programa IMSS-PROSPERA que alcanzó 47 millones de pesos, situando la inversión total del Instituto en 361 millones de pesos.

Al 31 de diciembre de 2014, el Instituto contaba con un inventario de equipo y mobiliario médico de más de 565 mil bienes (cuadro XI.12). De estos bienes, 88% pertenecen al Régimen Ordinario, mientras el restante 12%, al Programa IMSS-PROSPERA.

En 2014 se invirtieron 361 millones de pesos en 4,252 bienes de equipo y mobiliario (2.1% del total del inventario existente), de los cuales 2,294 son aparatos médicos y 1,958 son bienes de mobiliario médico (cuadro XI.13). Al Régimen Ordinario se destinó 77% del total de los bienes; esta inversión representó más de 87% del gasto total en equipo y mobiliario médico en este año.

Gráfica XI.4.
Importe de las atas de mobiliario y equipo médico del Régimen Ordinario, 2003-2014^{1/}
(millones de pesos de 2014)



^{1/} La información sobre equipo y mobiliario médico proviene del Módulo de Activo Fijo.
Fuente: Dirección de Finanzas, IMSS.

Cuadro XI.12.
Número de bienes clasificados por categoría funcional del Régimen Ordinario e IMSS-PROSPERA, al cierre de 2014^{1/}

Categoría funcional	Número de bienes		Total
	Régimen Ordinario	IMSS-PROSPERA	
Aparato médico	214,234	32,096	246,330
Aparato e instrumental de laboratorio	32,113	8,449	40,562
Instrumental de cirugía general	10,014	523	10,537
Instrumental de cirugía y especialidad	53,060	4,876	57,936
Aparato médico Influenza A H1N1	2,293	142	2,435
Mobiliario médico	169,491	19,199	188,690
Mobiliario de laboratorio	18,159	572	18,731
Mobiliario médico Influenza A H1N1	64	-	64
Total	499,428	65,857	565,285

^{1/} La información sobre equipo y mobiliario médico proviene del Módulo de Activo Fijo.
Fuente: Dirección de Finanzas, IMSS.

Cuadro XI.13.
Equipo médico adquirido en 2014 por categoría funcional del Régimen Ordinario e IMSS-PROSPERA^{1/}

Categoría funcional	Régimen Ordinario		IMSS-PROSPERA		Total	
	No. de bienes	Importe (millones de pesos)	No. de bienes	Importe (millones de pesos)	No. de bienes	Importe (millones de pesos)
Aparato médico	1,733	274.6	561	38.1	2,294	312.7
Aparato e instrumental de laboratorio	187	11.5	69	3.2	256	14.7
Instrumental de cirugía general	195	7.9	6	0.1	201	7.9
Instrumental de cirugía y especialidad	330	6.5	9	0.4	339	6.9
Aparato médico Influenza A H1N1	1	0.6	-	0.0	1	0.6
Mobiliario médico	780	12.1	319	4.9	1,099	17.0
Mobiliario de laboratorio	52	0.7	10	0.1	62	0.7
Total	3,278	313.9	974	46.7	4,252	360.6

^{1/} La información sobre equipo y mobiliario médico proviene del Módulo de Activo Fijo.
Fuente: Dirección de Finanzas, IMSS.

XI.3. IMSS Digital

La Dirección de Innovación y Desarrollo Tecnológico (DIDT) continúa con la transformación de su rol dentro del Instituto. Los esfuerzos de Tecnologías de la Información y Comunicaciones (TIC) ahora están dirigidos a privilegiar la satisfacción de las necesidades de la sociedad, de los derechohabientes y de los patrones, en apego a la visión de la Dirección General.

Así nace la estrategia IMSS Digital, que busca empoderar bajo un rol activo a los entes que interactúan con el Instituto. A través de un esfuerzo sostenido por reducir la complejidad del IMSS hacia sus usuarios, se han desplegado múltiples canales de atención con servicios digitales y de información, entre el Instituto y los diversos actores de la sociedad, tal y como lo establece el Programa para un Gobierno Cercano y Moderno 2013-2018, en el marco de la Estrategia Digital Nacional de la Presidencia de la República.

Durante 2013 se identificó que era necesario atender de manera prioritaria la infraestructura de cómputo y almacenamiento centralizado, así como la red de telecomunicaciones, las cuales se encontraban obsoletas poniendo en riesgo la operación del Instituto. En el Informe anterior se anunció la habilitación de un nuevo modelo de telecomunicaciones con múltiples proveedores y múltiples tecnologías, posible gracias a la implementación de un Punto Neutro que resulta en una red híbrida única en su tipo, 82% más barata y 12 veces más rápida por megabit transferido con respecto a la red anterior. En materia de infraestructura de cómputo y almacenamiento centralizado se informó de la habilitación de los servicios de Centro de Datos y Plan de Recuperación de Desastres, a través de un modelo de consumo de tecnología como servicio, mediante un contrato cuya razón costo-eficiencia es una de las mejores dentro de todo el Gobierno. En este periodo también se construyó la primera versión de la Nube Privada IMSS Digital, que albergó los primeros servicios digitales y el nuevo sitio web.

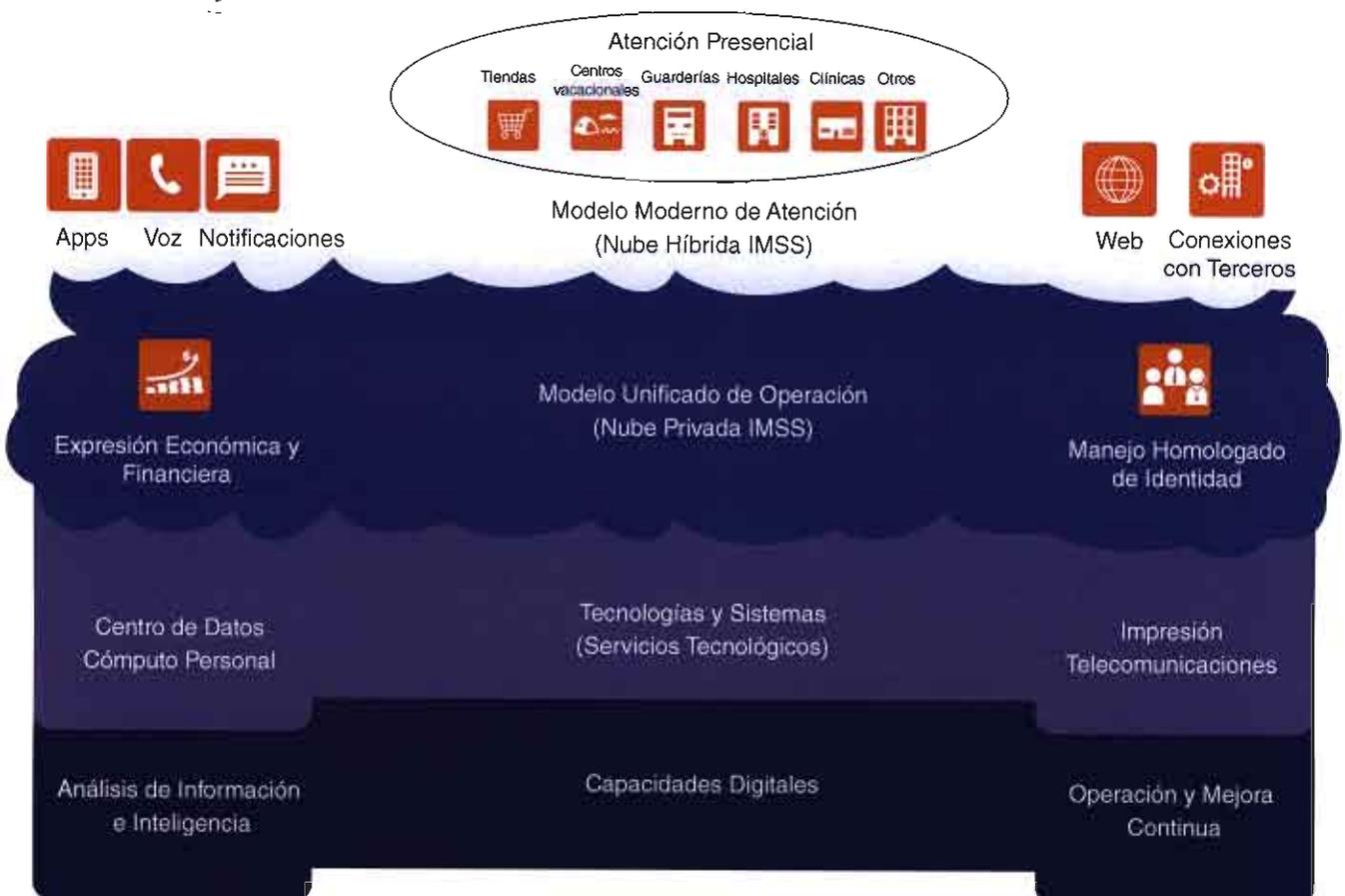
XI.3.1. Arquitectura IMSS Digital

En informes pasados se abordó el enfoque tradicional de tecnología que había prevalecido en el Instituto, el cual consistía en el desarrollo de sistemas y tecnologías de autoconsumo. Dichos sistemas estaban orientados a soportar la operación bajo un modelo de atención presencial en el que prevalecían mecanismos de gestión tradicionales, como llenado de formatos en papel, documentos firmados autógrafamente, archivos físicos, recaptura de información en documentos y validación de la información sobre medios físicos. Igualmente, se informó sobre el dilema que significaba crecer y expandir las operaciones del Instituto bajo este enfoque, que resulta no escalable por inviabilidad económica y logística.

La gráfica XI.5 describe al Instituto en una perspectiva digital. En esta arquitectura se puede visualizar una jerarquía entre las diferentes capas, siendo el Modelo Moderno de Atención la plataforma conformada por diferentes canales, mediante la que los actores externos al Instituto acceden a los servicios del IMSS. Bajo esta lógica, los distintos usuarios pueden elegir entre los diferentes canales de atención, tanto presenciales como no presenciales, y beneficiarse de la portabilidad o disponibilidad de un trámite o servicio de un canal a otro, o de un inmueble a otro.

IMSS Digital inserta al Instituto a la realidad digital que los ciudadanos ya experimentan en otros ámbitos al extenderse a canales adicionales como: Web, móvil, teléfono, notificaciones e interacciones con

Gráfica XI.5.
Arquitectura de IMSS Digital



Fuente: Dirección de Innovación y Desarrollo Tecnológico, IMSS.

servicios digitales de terceros, tales como banca, Administradoras de Fondos para el Retiro, otras instituciones e inclusive aplicaciones comerciales. Este modelo contrasta con la visión tradicional, en la que sólo existen los canales presenciales. Este modelo se habilita gracias al paradigma tecnológico de nube híbrida, que armoniza servicios públicos de Internet con aplicaciones tecnológicas dedicadas al uso exclusivo del Instituto. La conveniencia de esta arquitectura radica en lograr una experiencia de usuario consistente en los diversos canales, así como poder integrar servicios de terceros, como hoy es el caso del Centro de Contacto, las transacciones de banca por el Sistema de Pago Referenciado (SIPARE) y el correo electrónico institucional, y en un futuro podrá ser la integración de servicios de terceros, como envío de mensajes *SMS*, entre otros.

Este enfoque de atención multicanal se funda sobre una nube privada que contiene un Modelo Unificado de Operación, en el marco de un programa continuo de simplificación de trámites y digitalización de procesos. Este esfuerzo debe reflejar la expresión económica y financiera de la operación, bajo un modelo de manejo homologado de identidades. Para esto se deben realizar acciones de modernización tecnológica y de sistemas, así como la habilitación de servicios de información para consumo de las áreas de negocio del IMSS. En la gráfica XI.5 se aprecia el Modelo Unificado de Operación en el segundo nivel.

En el tercer nivel de la gráfica XI.5 están las tecnologías y sistemas que se refieren al conjunto de servicios tecnológicos, proveedores y contratos requeridos para mantener la operación y actualización de los sistemas que soportan los niveles superiores; es decir, comprende el suministro de la parte dura (*hardware*) y la parte lógica (*software*) del ecosistema. Esto contrasta con la visión tradicional en donde el Instituto resuelve esta problemática a partir de esfuerzos y capacidades internas, bajo un modelo de autoconsumo.

El nivel inferior de la gráfica XI.5 representa las capacidades digitales necesarias para adoptar esta nueva filosofía de trabajo, y se refiere al conjunto de capital humano y herramientas necesarias para poder participar en el diseño, adopción y operación de los servicios digitales y de información.

XI.3.2. Informe 2014-2015

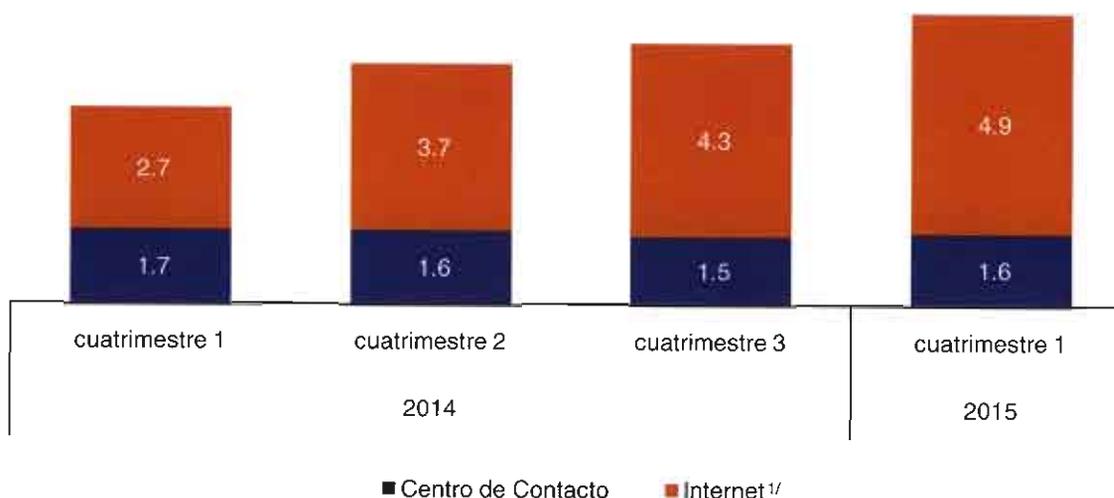
Las acciones realizadas entre 2014 y 2015 que a continuación se describen tuvieron lugar en el marco de la arquitectura IMSS Digital antes mencionada. Gracias a esto fue posible enfocarse en el diseño y desarrollo ágil de servicios, lo que generó economías de escala y la posibilidad de reutilizar elementos existentes para una experiencia de usuario unificada. También fue necesaria una profunda reestructuración de la Dirección de Innovación y Desarrollo Tecnológico, hacia una organización orientada a la habilitación de servicios: digitales, de información y tecnológicos.

XI.3.2.1. Servicios digitales

El Modelo Moderno de Atención de la estrategia IMSS Digital se consolida, ya que entre 2014 y 2015 el Centro de Contacto y el portal de Internet han atendido 22 millones de eventos no presenciales, de los cuales 6.4 millones corresponden a la atención telefónica y 15.6 millones corresponden a Internet (incluye el Sistema de Pago Referenciado), como se observa en la gráfica XI.6.

Cada uno de los trámites digitalizados han sido sometidos a un diseño que busca simplificar la experiencia de interacción con el Instituto, reconociendo diferentes audiencias, canales de atención y modalidades del propio trámite; en consecuencia, se generan servicios digitales que simplifican la realización del trámite. Como resultado de este proceso, los 10 de los 25 trámites digitalizados, han resultado en la creación de 33 servicios digitales; 20 dirigidos a derechohabientes y ciudadanos en

Gráfica XI.6.
Eventos de atención no presenciales
 (millones)



^{1/} Las cifras de Internet incluyen las transacciones vía Sistema de Pago Referenciado (SIPARE).
 Fuente: Dirección de Innovación y Desarrollo Tecnológico, IMSS.

general, y 13 a patrones y/o empresas, como se muestra en el cuadro XI.14. Por ejemplo, los derechohabientes ahora pueden consultar su vigencia de derechos en línea; registrarse o cambiarse de clínica de manera ágil y desde la comodidad de su hogar o desde cualquier lugar o dispositivo que cuente con acceso a Internet; asimismo, los patrones pueden obtener sus comprobantes fiscales digitales en línea; darse de alta como persona moral ante el IMSS desde Internet, y en apego a la estrategia Crezcamos Juntos, darse de alta al Régimen de Incorporación a la Seguridad Social, desde Internet.

El servicio de Asignación o Localización del Número de Seguridad Social se mantiene como el más utilizado al igual que lo reportado en el Informe pasado. A la fecha de elaboración de este Informe, la atención diaria de estas solicitudes casi se ha triplicado con respecto a enero de 2014 pasando de 7 mil a 19 mil atenciones diarias. El segundo servicio más utilizado es el de obtención por Internet del Comprobante Fiscal Digital (CFDI) del pago de cuotas obrero-patronales, que se ha llevado a cabo más de 1.7 millones de veces desde su liberación en julio de 2014.

El Sistema de Pago Referenciado (SIPARE) continuó con su operación y fortalecimiento y a dos años de su puesta en marcha, más de 642 mil patrones han realizado más de 12.4 millones de transacciones de pago de cuotas obrero-patronales por un monto de más de 243 mil millones de pesos. Con este sistema se ha logrado una significativa disminución en el pago por comisiones bancarias.

En la gráfica XI.7 se muestran las cifras de utilización de los trámites digitales, así como los pagos que se realizan por Internet a través del SIPARE, mismos que han incrementado 29% en promedio cada cuatro meses, desde su liberación. Además contrasta el primer cuatrimestre de 2015, con casi 5 millones de transacciones y/o atenciones con el primer cuatrimestre de 2013 cuando no se contaba con esta opción de trámites y pagos no presenciales.

Los casi 16 millones de servicios digitales realizados entre enero de 2014 y junio de 2015 han generado un ahorro mayor a 62 millones de horas a los ciudadanos, que equivalen a los horas trabajadas durante todo un año de 24 mil personas en jornadas laborales de 8 horas

Cuadro XI.14.
Trámites y servicios liberados

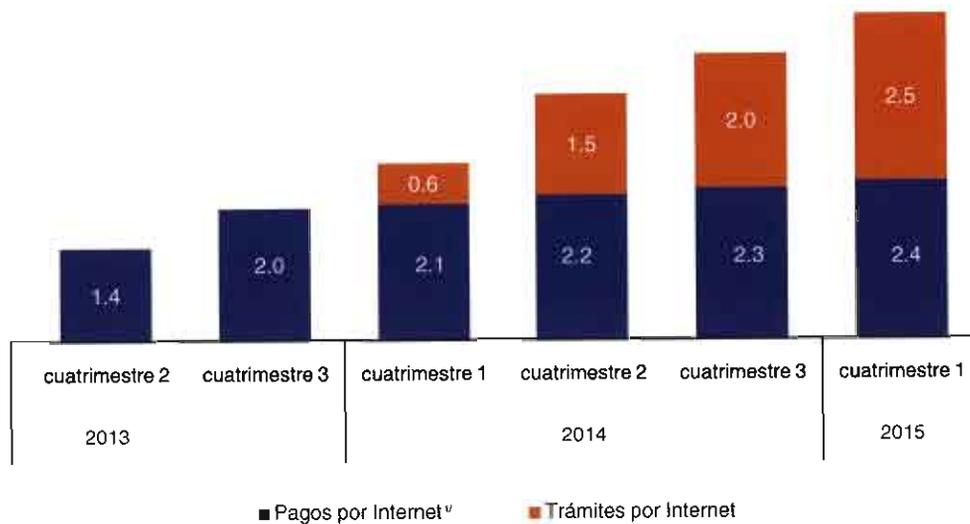
Realizados por	Trámites digitalizados ^{1/}	Realizados en 2014 de manera presencial (millones de veces)	Servicios digitalizados
Derechohabientes y/o ciudadanos	1 Asignación o localización del NSS ^{2/}	3.36	1
	2 Contratación de seguros voluntarios e incorporación voluntaria	0.48	5
	3 Consulta de vigencia de derechos	0.05	1
	4 Actualización de datos de derechohabientes	8.4	12
	5 Consulta de semanas cotizadas	2.16	1
Patrones y/o empresas	6 Alta patronal persona moral	0.05	1
	7 Alta patronal persona física	0.12	1
	8 Movimientos patronales	0.05	7
	9 Consulta del estado de adeudo	0.05	1
	10 Corrección patronal	0.05	1

^{1/} Sistema de Pago Referenciado (SIPARE) y Comprobante Fiscal Digital por Internet son servicios digitales adicionales a los que se muestran en la tabla

^{2/} Número de Seguridad Social.

Fuente: Dirección de Innovación y Desarrollo Tecnológico, IMSS.

Gráfica XI.7.
Trámites y pagos por Internet
(millones)



^{1/} Las cifras de Internet incluyen las transacciones vía Sistema de Pago Referenciado (SIPARE)

Fuente: Dirección de Innovación y Desarrollo Tecnológico, IMSS

por 6 días a la semana. La atención digital de servicios también liberó 4.5 millones de horas/ventanilla para la atención presencial de otros servicios. Esto se ve reflejado en una mayor productividad para el IMSS y para el país, y representa uno de los mejores ejemplos de cómo mejorar la calidad y calidez de los servicios prestados y sanear financieramente al Instituto. El reto ahora es incrementar el uso de los servicios digitales.

En el primer trimestre de 2015 se liberó un nuevo canal de atención no presencial, el "App IMSS Digital" versión 1.0, para teléfonos inteligentes y tabletas con el servicio de Directorio de Inmueble. Éste le permite al ciudadano ubicar de manera rápida y sencilla, a través de geolocalización, las instalaciones del Instituto que se encuentran dentro de una periferia determinada. A menos de dos meses de su liberación, se han realizado más de 4 mil descargas sin haber hecho ningún anuncio o publicidad. La aplicación "App IMSS Digital" es gratuita y está disponible para *iOS*, *Android* y *Windows*. En próximas versiones incluirá progresivamente todos los servicios digitales de la estrategia IMSS Digital.

Servicios de información

Durante el periodo 2014-2015 se han diseñado y habilitado dentro de la Nube Privada IMSS, 7 servicios de información para consumo de las distintas áreas de negocio del Instituto, mismos que han permitido la mejora y eficiencia de varios procesos que a continuación se describen.

Servicio de información de identidad y vigencia de derechos

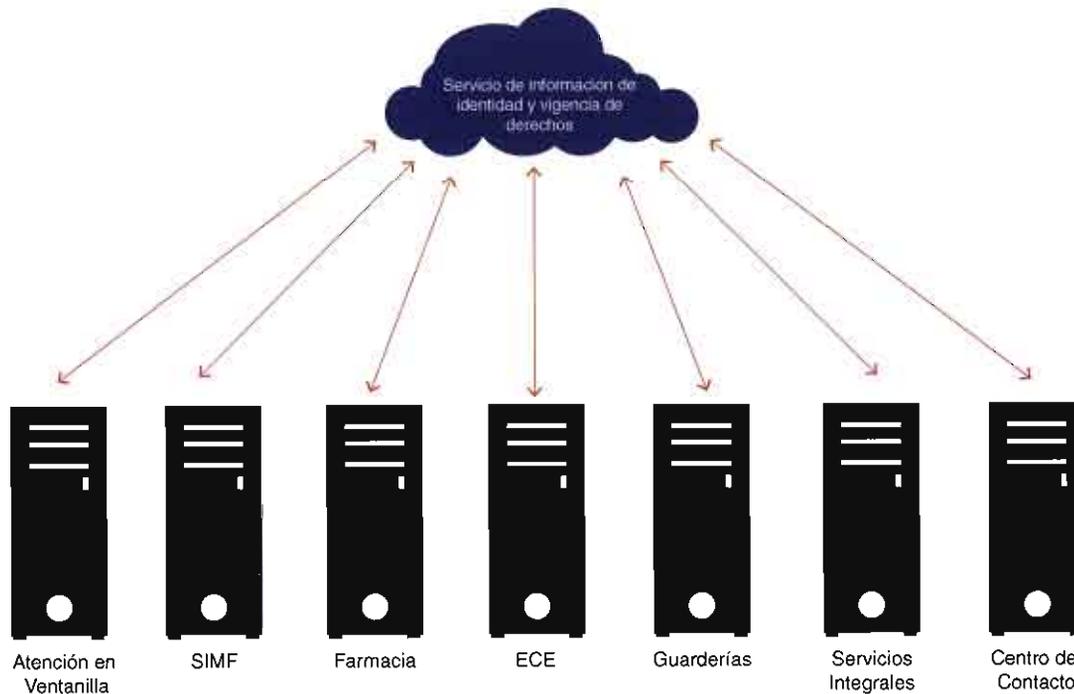
Como se mencionó en el Informe pasado, en 2013 se inició un esfuerzo sin precedentes de homologación y unificación de las identidades de patrones, trabajadores, beneficiarios y pensionados. Dicho esfuerzo se concreta en una sola plataforma que

constituye una pieza total de la arquitectura IMSS Digital. Durante 2014 se incorporó a esta plataforma la información de los beneficiarios y pensionados; a mayo de 2015 ya cuenta con más de 27 mil millones de registros, 4.5 veces más a lo reportado en el Informe anterior. Sobre esta plataforma se funda el Acceder Unificado, servicio de información de la identidad y vigencia de derechos de los asegurados y sus beneficiarios para ser consumido por los sistemas y los procesos que así lo requieren como se muestra en la gráfica XI.8. Por ejemplo, el Expediente Clínico Electrónico de primer nivel (SIMF) consume la identidad y la vigencia de derechos de los pacientes que van a recibir consulta médica en las Unidades de Medicina Familiar, lo mismo que el Sistema de Farmacias (SAI-F) para el surtimiento de recetas a los pacientes. Acceder Unificado se liberó en octubre 2014 y resultó de la depuración y unificación de las más de 1,200 bases de datos locales (conocidas como Acceder) en un servicio de información disponible en la Nube Privada IMSS. La importancia de este esfuerzo radica en que Acceder Unificado genera un proceso continuo de depuración y actualización de información para disminuir registros duplicados, suplantación de identidad y otros vicios, y fortalece los controles para brindar una mejor atención a los derechohabientes. Este servicio atiende más de 1.5 millones de solicitudes diarias.

Servicio de información de vales de medicamentos

En marzo de 2015 se habilitó en la Nube Privada IMSS un servicio de información de vales de medicinas. Si algún medicamento de la receta no está disponible en la farmacia de la Unidad de Medicina Familiar, el Sistema de Farmacia (SAI-F) genera un vale en la Nube que puede ser consumido por el resto de las farmacias del Instituto y por el Centro de Canje para surtir dichos vales y procurar el abasto institucional de los medicamentos. En una primera etapa se liberó para el Distrito Federal y a 4 meses de su puesta en marcha, las quejas por desabasto disminuyeron 90%.

Gráfica XI.8.
Operación de Acceder Unificado¹⁷



¹⁷ Las cifras de Internet incluyen las transacciones vía Sistema de Pago Referenciado (SIPARE)
Fuente: Dirección de Innovación y Desarrollo Tecnológico, IMSS.

Servicio de información de tarjetón digital de nómina

En septiembre de 2014 se liberó el servicio de tarjetón digital de nómina para 90 mil empleados del Instituto, con lo que se han dejado de imprimir 2.7 millones de tarjetones en original y dos copias por quincena para cada persona. Se continuará con esta labor hasta que los 430 mil empleados del IMSS gocen de este beneficio.

Servicios de administración de servicios integrales

Dentro de los proyectos albergados en la Nube Privada IMSS, destaca el servicio de censo de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica (IRC), para ser consumido por las distintas unidades médicas que administran los tratamientos de hemodiálisis en sus dos modalidades, interna y subrogada. A la par, se han desarrollado otros mecanismos para el control de dichos servicios, como el de verificación de identidad a través de biométricos,

con lo cual se proyecta mejorar la administración del gasto y generar eficiencias en este tipo de servicios. En próximas etapas estos beneficios se irán extendiendo a otros rubros como servicios médicos de diálisis peritoneal automatizado (DPA), diálisis peritoneal continua ambulatoria (DPCA), laboratorio de análisis clínicos, banco de sangre y procedimientos de mínima invasión.

Servicios de información para la comprobación de supervivencia

Gracias a la Nube Privada IMSS que permite la interoperabilidad entre los sistemas y servicios de información tanto de IMSS Digital como de entidades externas, el Instituto trabaja en un servicio de información para la automatización de cruces de datos, generación de alarmas tempranas y perfilamientos de riesgo con lo que será posible eliminar el trámite presencial de comprobación de supervivencia para pensionados. Con lo anterior, se podrá dar certeza a la continuidad de pago o baja de pensión sin necesidad

de que los derechohabientes tengan que realizar visitas a las instalaciones del Instituto cada seis meses y permitirá segmentar y dar un mejor seguimiento a los casos en los que no sea posible detectar la supervivencia. A partir de esto, se evitarán cuando menos 6.2 millones de visitas anuales a las diferentes instalaciones del Instituto.

Servicio de información móvil de atención hospitalaria

En apoyo a los procesos de atención hospitalaria se está construyendo un servicio de información móvil para que los médicos y enfermeras, a través de un dispositivo tipo tableta o teléfono inteligente, puedan en un solo punto realizar las gestiones y trámites de hospitalización que hoy realizan de manera manual y/o con máquina de escribir. Actualmente se encuentra en operación una prueba piloto en el Hospital de Oncología del Centro Médico Nacional "Siglo XXI", para digitalizar 27 formatos que se capturan por paciente, con lo que cada médico residente dispondrá de hasta dos horas diarias adicionales para otras actividades que antes destinaba para requisitar estos formatos.

Servicios de información de módulo de Consulta Externa hospitalaria

Entre 2014 y 2015 el módulo de consulta hospitalaria se ha incluido en 15 hospitales más para un total de 56. Esto representa una cobertura de 20% de los consultorios de segundo nivel y de 36% del tercer nivel que han adoptado el módulo. Este módulo permite al personal médico contar con agenda de citas, registro de historia clínica, y emisión de receta electrónica. Asimismo, gestiona el envío de pacientes a otras unidades, solicita estudios de laboratorio y emite el certificado de incapacidad temporal para el trabajo.

Adicional a lo anterior, se ha llevado a cabo un esfuerzo para promover la adopción de este módulo, con el que se ha alcanzado un promedio general de uso de 57% en estos 56 hospitales, en contraste con 27% que

existía en 2013. Dentro de este grupo de hospitales existen 18 con un nivel de uso mayor a 80%. Destaca el Hospital General Regional No. 46 de Jalisco, que es uno de los hospitales más grandes del Instituto y del país con 422 camas censables, que ha logrado 100% de utilización de este módulo a siete meses de haber iniciado la operación. Además, este hospital es el pionero en recibir el módulo de hospitalización que registra y controla la información médica del paciente desde que ingresa al hospital hasta que egresa de la unidad médica. Este módulo cuenta con un tablero gráfico que permite visualizar el estatus de las camas del hospital, así como información demográfica y de eventos hospitalarios asociados al paciente que ocupa la cama. Una vez terminados los ajustes y parametrizaciones del módulo de hospitalización se continuará con el despliegue en el resto de los 55 hospitales.

XI.3.2.2. Servicios Tecnológicos

Como se mencionó anteriormente, los servicios tecnológicos mantienen la operación y actualización de los sistemas y procesos institucionales a través del suministro de *hardware* y *software*. El reto es llevar al Instituto del modelo de tecnologías de autoconsumo, al nuevo modelo de consumo bajo demanda. Un camino para superar dicho reto es la contratación de servicios de tecnología como servicios o bienes tercerizados. A continuación se describen los logros alcanzados.

Fortalecimiento de la infraestructura tecnológica

Desde finales de 2013, se ha llevado a cabo un importante esfuerzo para migrar los principales sistemas que soportan la operación de las áreas del IMSS al nuevo Centro de Datos, el cual opera de acuerdo con la nueva visión de consumo bajo demanda. El impacto de la migración es una realidad, ya que hoy se cuenta con altos niveles de disponibilidad y de servicio en los sistemas del IMSS, lo cual contribuye a hacer más eficiente la operación del Instituto. A la fecha de

elaboración de este Informe, se han migrado 60 de 185 aplicativos, 31 de ellos críticos como IMSS Desde Su Empresa (IDSE), Expediente Clínico Electrónico (ECE) y correo electrónico institucional. De este último se migraron más de 100 mil cuentas a un ambiente de mayor capacidad y seguridad.

En diciembre de 2014 se fortaleció la infraestructura tecnológica local para los sistemas de salud con 317 equipos con tecnología de punta y mayor capacidad, los cuales sustituyeron a más de 700 servidores obsoletos. El nuevo equipamiento permite que las delegaciones cuenten con mayor capacidad de procesamiento, mitigación de riesgos y respaldo de información. Lo anterior evitó al Instituto la compra de equipo y la contratación de servicios de mantenimiento.

Servicio de impresión y fotocopiado de alto volumen

En atención al Programa de Austeridad instruido por el H. Consejo Técnico en 2014, que ordena reducir el fotocopiado e impresión en 5% y el presupuesto para papel y tóner en 10%, fue necesario rediseñar los servicios institucionales de impresión y fotocopiado de alto volumen alineado a la estrategia de simplificación y digitalización de trámites. Como resultado el Instituto cuenta con un nuevo contrato que considera los precios más bajos en esta materia ofrecidos al Gobierno de la República, y que además es innovador por que ofrece tanto equipos de la más alta tecnología como el suministro de papel y tóner. Esto resultará en un ahorro de 70% con respecto al servicio anterior, equivalente a casi 200 millones de pesos de ahorros.

Siguientes pasos

La visión de la arquitectura tecnológica de IMSS Digital evoluciona al Instituto a una realidad digital. A dos años de su puesta en marcha, la estrategia IMSS Digital se perfila como parte de la solución del problema de escalabilidad que enfrenta el Instituto: Cómo crecer en un modelo costo-eficiente, sin perder la calidad en los servicios otorgados.

Los beneficios y resultados ya se pueden medir desde distintas aristas: en la mejora de la experiencia y relación del IMSS con los ciudadanos; en el fortalecimiento y eficiencia de la operación de las diferentes áreas del Instituto; en el nivel de interoperabilidad alcanzado con interlocutores externos como el Servicio de Administración Tributaria (SAT), el Registro Nacional de Población (RENAPO), AFORE y bancos; y, en el cumplimiento del Programa para un Gobierno Cercano y Moderno, en el marco de la Estrategia Digital Nacional de la Presidencia de la República. Los resultados alcanzados son significativos, sin embargo aún falta camino por recorrer. IMSS Digital seguirá impulsando acciones consistentes para afrontar los retos del Instituto y continuar con la mejora en la atención y en la calidad y calidez de los servicios otorgados, al mismo tiempo que seguirá contribuyendo al saneamiento financiero del Instituto.

Reflexiones Finales y Propuestas



El presente Informe es resultado de la actualización del análisis sobre la situación financiera del IMSS y su evolución durante el 2014 y principios del 2015. Este capítulo resume las principales actividades y avances obtenidos en este periodo, y define las acciones a realizar hacia adelante, con el propósito de alcanzar los objetivos institucionales de mejorar la calidad y la calidez en el servicio a los derechohabientes y de sanear financieramente al Instituto. Objetivos que están en armonía con las instrucciones del Presidente de la República, Enrique Peña Nieto, para lograr un México más Incluyente y más Próspero, garantizando el acceso efectivo a los servicios de salud de calidad y de seguridad social para todos en el largo plazo.

Como se detalla en el Capítulo I, el IMSS enfrenta un panorama financiero complicado, derivado de factores externos e internos. Los principales factores externos son las transiciones demográfica y epidemiológica. La transición demográfica implica que la población está experimentando un envejecimiento natural en el cual hay menos trabajadores activos por cada retirado y que a su vez estos últimos viven más años. Este fenómeno, para los servicios médicos, se traduce en menos trabajadores financiando los servicios médicos de más trabajadores retirados que viven cada vez más años. La transición epidemiológica presenta un doble reto: el primero es que, al igual que los países desarrollados, las enfermedades crónico-degenerativas no transmisibles son la carga más importante en términos de Años de Vida Saludables Perdidos Ajustados por Discapacidad (AVISA) y representan una mayor carga financiera para el

Instituto¹³¹. El segundo, es que al igual que los países en vías de desarrollo, las enfermedades infecciosas y los accidentes siguen siendo el principal motivo de demanda de atención en los servicios de Urgencias y de atención de Medicina Familiar de primera vez. Esta doble carga de morbilidad, resultado de una transición epidemiológica donde persisten las enfermedades infecciosas, aunado a que se presentan los problemas de una población envejecida, compiten por los recursos de atención de los servicios de salud y causan un deterioro, gradual pero importante, en la estructura financiera del IMSS.

Como se mencionó en el Informe del año pasado, el matiz introducido por la actual Administración al diagnóstico de la situación del Instituto es asumir que también son los factores internos los que han influido en este deterioro. Los más importantes han sido el crecimiento del costo de la nómina del Régimen de Jubilaciones y Pensiones (RJP), el gasto administrativo y la gestión ineficiente de servicios e infraestructura médica.

Debido a este deterioro financiero, el IMSS presentó un déficit de caja que creció de cerca de 200 millones de pesos en el 2007 a más de 24 mil millones de pesos en 2012, lo cual le daba al Instituto dos años de reservas que se agotarían en 2014. Debido a esto, para subsanar la delicada situación financiera, la presente Administración desde su llegada se dio a la tarea de crear un plan de acción con metas a corto, mediano y largos plazos centrados en dos objetivos. El primero consiste en incrementar la calidad y calidez de los servicios y el segundo en sanear financieramente a la institución. A primera vista estos objetivos parecerían contradictorios, ya que para mejorar la calidad y calidez de los servicios se podría pensar en destinar mayores recursos. Sin embargo, estos dos objetivos se pueden conciliar a través de las siguientes estrategias:

- i) Mejorar la productividad y eficiencia de los servicios prestados.
- ii) Fortalecer la transparencia en todos los procesos del Instituto.
- iii) Fomentar el cumplimiento de las obligaciones de todos los actores.

Estas estrategias nos han permitido enfrentar los retos en el corto plazo y consolidar las finanzas del Instituto. Sin embargo, es necesario institucionalizar los logros alcanzados y volverlos sustentables en el mediano y largo plazos. Para ello, se implementó un plan de transformación basado en tres pilares:

El primer pilar es la simplificación, digitalización y cumplimiento de obligaciones que existen en el Instituto. La manera más fácil de mejorar los servicios y al mismo tiempo sanear financieramente a la institución es mediante la simplificación y eliminación de trámites acompañado de un uso intensivo de las Tecnologías de la Información y Comunicaciones (TIC). Este primer pilar ha sido implementado de manera exitosa y las medidas que se describen a lo largo de este Informe muestran el impacto que esta transformación ha tenido para el Instituto y en la calidad de servicios para los derechohabientes.

El segundo pilar es fortalecer la transparencia en todas las compras que realiza el IMSS. Los mecanismos creados por el Instituto para hacer más transparente y eficiente su diario actuar han logrado establecer un mejor control sobre el ejercicio del gasto y una mayor competencia en los procesos de licitación. Al ser el segundo mayor comprador de bienes y servicios en el país, tiene la capacidad para incrementar el poder de compra de manera transparente, obteniendo mejores condiciones de precios y optimizando el uso de los recursos.

¹³¹ El indicador AVISA (Años de Vida Saludables Perdidos Ajustados por Discapacidad) desarrollado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) integra los años de vida perdidos por muerte prematura más los años vividos con la discapacidad ocasionada por la enfermedad en el período que ésta dure. Ver Capítulo V para más detalles.

El tercer pilar consiste en mejorar los servicios médicos. Los servicios médicos son la razón de ser del IMSS, constituyen 80% del presupuesto de la institución y son el principal motivo de satisfacción de los derechohabientes. El modelo de atención médico del IMSS se creó hace 70 años cuando el perfil demográfico y epidemiológico de los derechohabientes era distinto al que se tiene hoy en día en México. Debido a la creciente importancia de las enfermedades crónicas en población derechohabiente, para hacer sostenibles los resultados obtenidos en el corto plazo es necesario tomar medidas que incrementen el acceso a los servicios médicos, atiendan de mejor manera las necesidades de salud de los derechohabientes, hagan frente a las enfermedades crónico-degenerativas y fortalezcan la excelencia médica del Instituto.

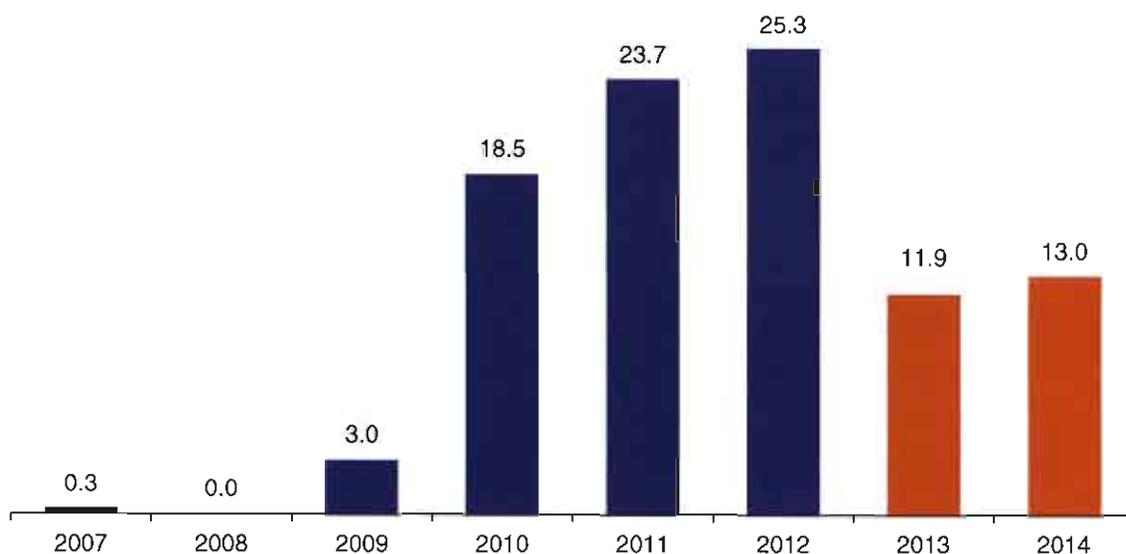
La puesta en marcha del plan de transformación del IMSS ha tenido resultados tangibles. Como se reportó en el Informe del año pasado, durante el primer año de administración se llevó a cabo un enorme esfuerzo de saneamiento financiero que se vio reflejado en una reducción del uso de reservas, pasando de

25 mil millones de pesos a 12 mil millones de pesos, es decir, 13 mil millones de pesos menos respecto al uso en 2012. Adicionalmente, al considerar los incrementos inerciales de la nómina del Régimen de Jubilaciones y Pensiones y del costo del incremento de los salarios de los trabajadores, el esfuerzo fiscal del 2013 ascendió a casi 20 mil millones de pesos.

En 2014, por segundo año consecutivo, se logró consolidar las finanzas del Instituto manteniendo el control en el uso de reservas. El uso de reservas fue de 13 mil millones de pesos de 2015 cumpliendo la meta de conservar el uso de reservas en alrededor de 12 mil millones de pesos (gráfica XII.1) absorbiendo también el incremento en el costo de la nómina y las pensiones del Régimen de Jubilaciones y Pensiones.

Los resultados obtenidos en estos dos primeros años no significan que las presiones financieras del Instituto estén resueltas; falta mucho por hacer y los retos en los próximos años siguen siendo enormes. Como se mencionó en el Informe del año pasado, la reducción de uso de reservas en 2013 logró poner al

Gráfica XII.1.
Uso de Reservas y Fondo Laboral
(miles de millones de pesos de 2015)



Fuente: Dirección de Finanzas, IMSS.

Instituto en un punto de inflexión que marcó el rumbo hacia un saneamiento de la situación financiera con mejoras en los servicios otorgados. 2014 fue un año de consolidación de los resultados obtenidos, ya que por segundo año consecutivo se redujo el uso de reservas a la mitad y se continuó con la mejora de servicios. El esfuerzo logrado en este periodo dará espacio fiscal para que en 2015 y lo que resta de la Administración, se pueda ampliar la infraestructura del Instituto y consolidar e institucionalizar mejoras en los servicios para lograr beneficios palpables en favor de los más de 70 millones de derechohabientes.

A continuación se describen las principales medidas que durante 2014 formaron los pilares del plan de transformación del Instituto y se enuncian las opciones de política hacia adelante. En la mayoría de los casos se hace referencia al capítulo correspondiente donde se explica cada una de estas acciones con más detalle.

Primer pilar: Simplificación, digitalización y cumplimiento de obligaciones

Cumplimiento de obligaciones

Como se mencionó en el capítulo II, en 2014, los ingresos propios del IMSS se incrementaron 4.4% anual en términos reales. Por dos años consecutivos, los ingresos propios del IMSS presentaron un comportamiento favorable¹³². Durante 2013, prácticamente se cumplió con la meta de la Ley de Ingresos de la Federación (LIF) pese a que, para la elaboración de la meta, se consideraron supuestos de crecimiento económico superiores a lo observado. De la misma manera, en 2014, a pesar de un entorno económico por debajo de lo esperado, lo recaudado en el IMSS alcanzó un monto de 305 mil millones de pesos superando la meta de la Ley de Ingresos de la Federación en 2 mil millones de pesos.

¹³² Los ingresos propios incluyen cuotas obrero-patronales, aportaciones del Gobierno Federal, capitales constitutivos, derivados de cuotas, aportaciones de trabajadores al fondo de jubilación, intereses del Régimen Obligatorio y otros. Excluye ingresos por uso de reservas

Esta recaudación, fue superior en 22 mil millones de pesos a lo recaudado en 2013, lo cual representó un aumento de 4.4% en términos reales y 8.1% en términos nominales.

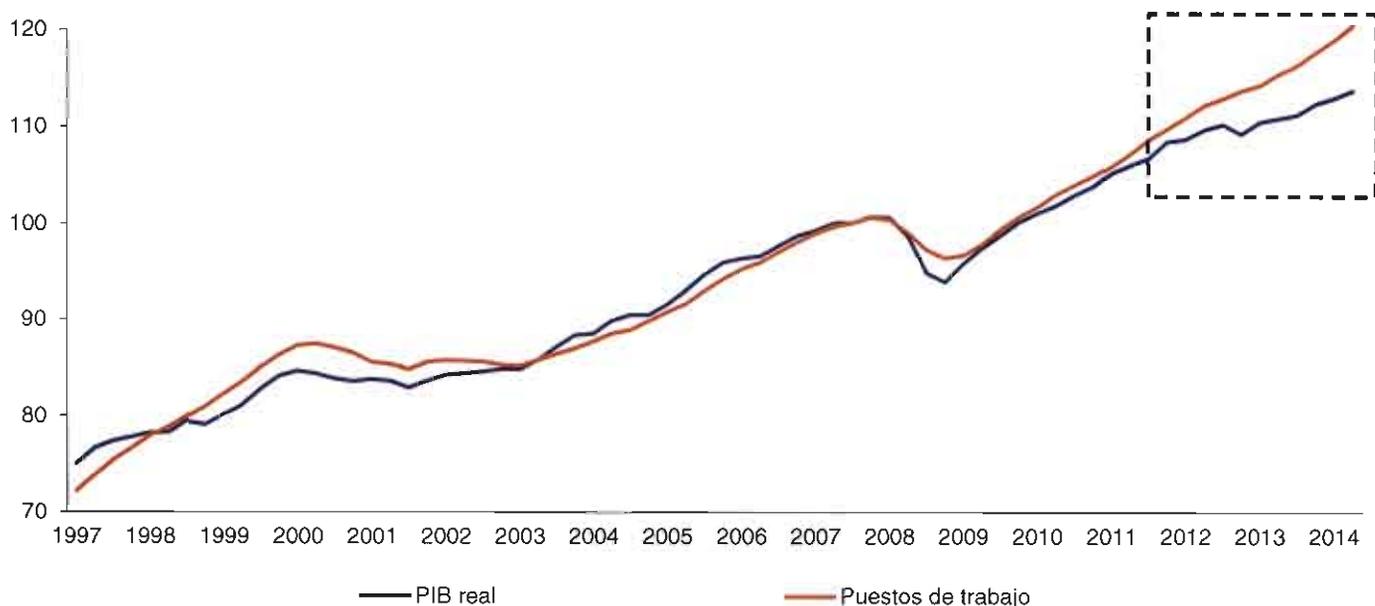
Esta situación favorable en la recaudación del Instituto es producto de diversos factores: i) el acelerado proceso de formalización del empleo; ii) la implementación de un nuevo modelo de fiscalización, y iii) la simplificación y digitalización de trámites en materia de afiliación y recaudación.

i) Formalización del empleo. En México, tradicionalmente, la relación entre la creación de empleos formales y el crecimiento económico era uno a uno. Sin embargo, a partir del año 2013 esta brecha empleo-producto se amplió significativamente. Por segundo año consecutivo la afiliación al IMSS creció al doble de velocidad que la economía, lo que evidencia un proceso de formalización del empleo sin precedente (gráficas XII.2 y XII.3).

En 2013, la creación de empleos formales en el IMSS fue de más de 463 mil puestos, una tasa de 2.9%, mientras que la economía creció a 1.4%. Durante 2014, se generaron poco más de 714 mil empleos formales, una tasa de 4.3%, mientras que la economía creció a 2.1%. Más aún, la cifra de empleos formales creados en 2014 es histórica, es el segundo mayor aumento reportado desde 1997, sólo por debajo de la creación de 732 mil empleos formales observada en 2010, que fue un año de recuperación después de la crisis de 2009.

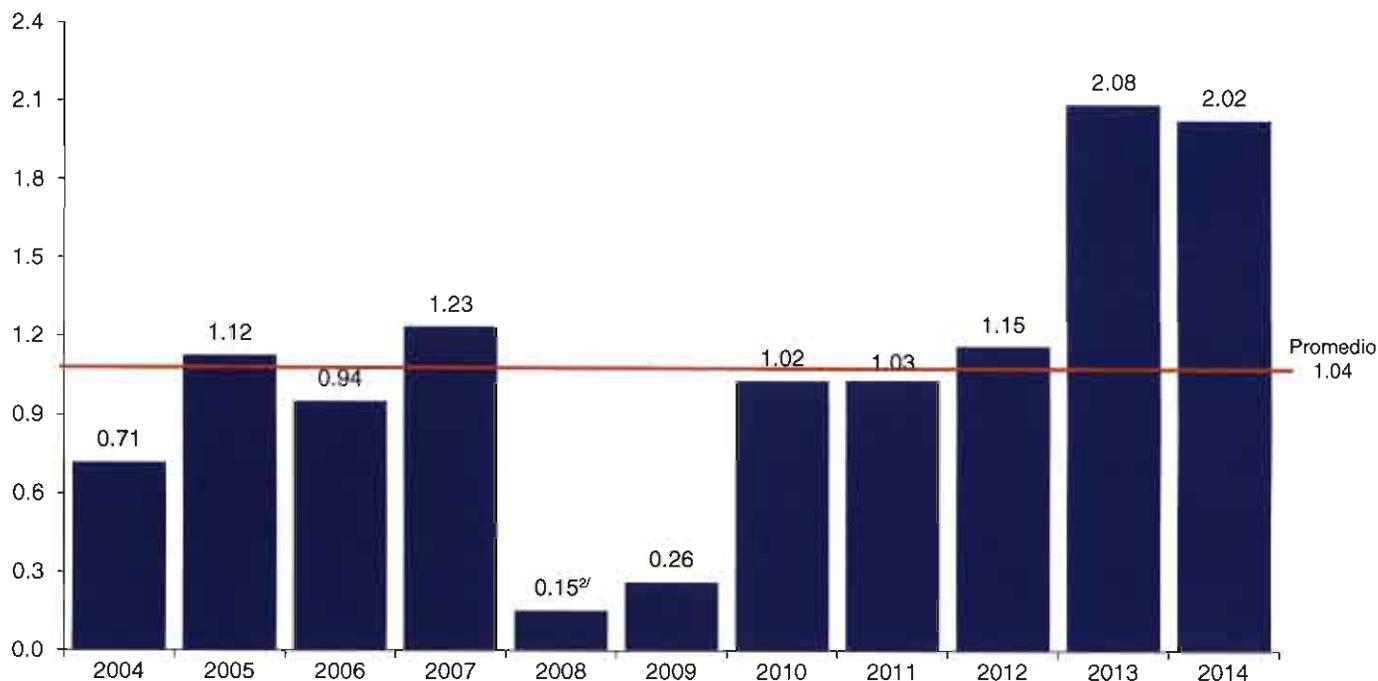
Los sectores que impulsaron la formalización son las industrias de la transformación y de la construcción. Esta creación de empleo formal se realizó primordialmente en plazas de tipo permanente y en la región del

Gráfica XII.2.
Producto Interno Bruto real y puestos de trabajo registrados en el IMSS, 1997-2014^{1/}
 (índice base 2008=100, cifras trimestrales)



^{1/} PIB: Producto Interno Bruto (base 2008) y puestos de trabajo refiere a cierre de trimestre, con cifras del tercer trimestre de 1997 al cuarto trimestre de 2014. Fuente: Dirección de Incorporación y Recaudación, y Unidad de Planeación Estratégica Institucional, IMSS.

Gráfica XII.3.
Elasticidad entre los puestos de trabajo registrados en el IMSS y el Producto Interno Bruto real, 2004-2014^{1/}



^{1/} La elasticidad empleo-producto se mide como la razón de la variación anual de diciembre de cada año del empleo en el IMSS y la variación anual promedio del Producto Interno Bruto (base 2008), con cifras del primer trimestre de 2003 al cuarto trimestre de 2014.

^{2/} Cifras en valores absolutos.

Fuente: Dirección de Incorporación y Recaudación, y Unidad de Planeación Estratégica Institucional, IMSS

Bajo y las entidades fronterizas. En cuanto a los rangos salariales que presentaron mayor crecimiento porcentual son los asegurados de entre 6 y 8, y con más de 20 salarios mínimos. Asimismo, se observa que son las empresas grandes las que más han impulsado la formalización laboral. En los últimos dos años el crecimiento laboral fue impulsado por las empresas de más de 250 trabajadores. Estos hallazgos nos dan evidencia de un claro proceso de formalización de la economía en donde más trabajadores ahora cuentan con seguridad social en beneficio de sus familias.

ii) Nuevo Modelo de Fiscalización. En esta Administración se implementó un nuevo modelo de fiscalización que fortaleció la capacidad del Instituto en la generación de ingresos, promoviendo la formalización del empleo y la equidad en el financiamiento de la seguridad social.

Antes del inicio de la actual Administración, el Instituto operaba con un modelo de riesgos que contaba con importantes áreas de oportunidad tales como: i) la ausencia de acciones diferenciadas en función del tipo de patrón; ii) la realización de actos

de auditoría y cobro sin una debida planeación, sin expectativas de cobro y sin un análisis costo-beneficio; iii) la falta de indicadores y controles de operación para dar un seguimiento oportuno a la gestión y evaluar los resultados de los actos de fiscalización, y iv) la falta de cruces de información y colaboración con otras autoridades fiscales. Lo anterior dio lugar al desarrollo de un nuevo modelo integral de fiscalización atendiendo las principales áreas de oportunidad identificadas. Los principales componentes del nuevo modelo de fiscalización se describen en el cuadro XII.1.

La entrada en operación del nuevo modelo de atención institucional, con la creación de la Unidad de Servicios Estratégicos y la ejecución del nuevo modelo de fiscalización, ya rindió sus primeros resultados. En el 2013, se reportaron ingresos extraordinarios por fiscalización y cobranza de 11 mil millones de pesos, 12% más que lo ingresado en el 2012. En el 2014, esta recaudación fue de 12 mil millones de pesos, 5% superior al nivel alcanzado en el 2013. También se registró una mejoría en las acciones de fiscalización, recaudando más con menos actos. En el 2013, se llevaron a cabo cerca de 107 mil actos de fiscalización, recaudando 3,800 millones de pesos.

Cuadro XII.1.
Nuevo modelo integral de fiscalización

Diagnóstico	Nuevo modelo
Ausencia de acciones diferenciadas en función del tipo de patrón.	1. Se implementó un nuevo modelo de riesgos para la programación de las auditorías. 2. Se puso en marcha el procedimiento único para la generación de propuestas de fiscalización (AdPro). 3. Se implementó el Administrador de Consultas (AdCon).
Se realizan actos de auditoría y cobro sin conocer a las empresas y sin una expectativa de cobro.	4. Se inició la programación de casos de auditoría con montos presuntivos estimados. 5. Se han establecido mayores canales de cobro, que se adecuan al perfil de cada patrón, como son llamadas telefónicas, correos electrónicos, mensajes de texto y cartas invitación.
Falta de indicadores y controles de operación.	6. Se implantaron 12 indicadores de gestión que miden los procesos de cobro y fiscalización punta a punta, con alertas y reportes automáticos.
Falta de cruces de información y colaboración con otras autoridades fiscales.	7. Se llevan a cabo cruces de información con otras autoridades fiscales. 8. Se crea un área especializada en grandes patrones

Fuente: Dirección de Incorporación y Recaudación, IMSS

Durante 2014 se realizaron poco más de 86 mil actos con una recaudación mayor de 4,300 millones de pesos.

En 2013 se llevaron a cabo 2 millones de actos de cobro, con una recaudación de 7,700 millones de pesos; mientras que en el 2014 se realizaron alrededor de 2.8 millones de estos actos, con una recaudación de 7,800 millones de pesos.

Como complemento de todo lo anterior, y derivado del éxito del programa "Peso por Peso" que se detalló en el Informe anterior, **en el 2014 arrancó un programa denominado "Estímulo al Ingreso"** en el cual las delegaciones que generaron una recaudación por encima de la meta de la Ley de Ingresos de la Federación fueron premiadas con un estímulo monetario. El financiamiento del programa proviene del superávit generado en ingresos, lo que permite alinear los incentivos: por un lado, se promueve la recaudación eficiente a nivel delegacional y, por el otro, la mejora del equipamiento y la imagen para dar un mejor servicio a los derechohabientes. El superávit en ingresos alcanzado en el 2014 fue de alrededor de 2,300 millones de pesos, y el premio de "Estímulo al Ingreso" fue de 100 millones de pesos a nivel nacional, repartido en 24 delegaciones premiadas.

Aunado a lo anterior, y con absoluto respeto de los tiempos y procesos legislativos, se hace mención a una reforma legislativa cuya aprobación podría contribuir a fortalecer la situación financiera del Instituto. En abril de 2013 fue aprobada en la Cámara de Diputados una iniciativa presentada por el Partido Revolucionario Institucional, con el objeto de reformar el Artículo 27 y derogar el Artículo 32 de la Ley del Seguro Social, la cual se encuentra pendiente de dictaminación y aprobación por parte de la Cámara de Senadores. Esta reforma propone homologar las exenciones de los conceptos que se señalan en el Artículo 27 de la Ley del Seguro Social con aquellas previstas en la Ley del Impuesto sobre la Renta para los trabajadores.

De aprobarse esta reforma, serán comparables las prestaciones que se integran al salario base de cotización (SBC) y la base gravable del Impuesto Sobre la Renta de los trabajadores. Los principales beneficiados por la aprobación de esta reforma serían los trabajadores, ya que se fortalecerían las aportaciones en sus cuentas individuales de ahorro para el retiro y vivienda, permitiéndoles gozar de mejores condiciones al momento de su retiro. Se estima que, de aprobarse, se podrían generar recursos adicionales al IMSS por alrededor de 3 mil millones de pesos, los cuales, como se establece en el Artículo Cuarto Transitorio de la minuta aprobada por la Cámara de Diputados, se destinarían en su totalidad a financiamiento de infraestructura y para atención en los servicios médicos del Instituto.

La aprobación de la reforma constituiría una base sólida para establecer un amplio programa que mejoraría la fiscalización que lleva a cabo el IMSS, el cual incluiría el intercambio de información con otras autoridades fiscales.

iii) Simplificación y digitalización. En el IMSS se ha llevado a cabo el más ambicioso programa de desregulación, simplificación y digitalización de los últimos años a través de la estrategia IMSS Digital. Este programa tiene el objetivo de disminuir los tiempos y costos que los ciudadanos invierten en realizar trámites. Esta es la manera más sencilla de mejorar los servicios a los derechohabientes y simultáneamente sanear financieramente al IMSS. La meta del programa es mejorar el servicio otorgado a los derechohabientes y empresas, al tiempo que se generan ahorros directos e indirectos para el Instituto y para el país. El impacto en ahorros que ha tenido este programa para el Instituto ha sido muy importante y, mejor aún, se ha reflejado en los niveles de satisfacción del derechohabiente.

El área de Afiliación y Recaudación del IMSS ha sido punta de lanza en este proceso. En el 2013

se redujo en más de la mitad el número de trámites registrados ante la Comisión Federal de Mejora Regulatoria (COFEMER), pasando de 56 a 25 trámites. En el 2014, se digitalizaron 10 de estos 25 trámites de afiliación y recaudación, de alto impacto, que realizan los derechohabientes más de 15 millones de veces al año. El objetivo final es que los derechohabientes no tengan que acudir de manera presencial a las oficinas del IMSS y que los realicen por Internet. Este proceso es detallado en el Capítulo II (cuadro XII.2).

Entre 2014 y 2015 el Centro de Contacto y el portal de Internet han atendido 22 millones de eventos no presenciales, de los cuales 6.4 millones corresponden a la atención telefónica y 15.6 millones corresponden a Internet incluyendo el Sistema de Pago Referenciado (SIPARE).

De estos trámites digitalizados destaca por su impacto en los derechohabientes, el servicio de Asignación o Localización del Número de Seguridad Social, que anteriormente exigía la visita de los derechohabientes a una Subdelegación del IMSS en al menos una ocasión y la resolución del trámite podía tomar hasta 4 horas, y actualmente puede realizarse completamente en línea y en pocos minutos. Desde

que se liberó este trámite en el portal IMSS Digital en enero de 2014 y hasta abril de 2015, se ha realizado más de 6 millones de veces, 70% por Internet y 30% por ventanilla. Por su impacto en los patrones, destaca el servicio de obtención de Comprobantes Fiscales Digitales correspondiente al pago de cuotas obrero-patronales, sin el cual los pagos no son deducibles para el impuesto sobre la renta. Desde la liberación de este trámite, al 30 de abril de 2015, se han expedido más de 13 millones de comprobantes fiscales digitales.

La simplificación digital y el mayor uso de Internet al realizar trámites relacionados con el Número de Seguro Social en las delegaciones han permitido triplicar la atención en ventanilla; al ser un trámite más sencillo que se puede hacer en línea, se realiza más rápido y se pueden atender a más derechohabientes. Anteriormente, cada día se atendía a alrededor de 5 mil personas, y actualmente se atiende a 19 mil personas.

Otro trámite que a finales del año pasado se liberó en su versión digital es el de actualización de datos del derechohabiente, dentro del cual destacan el registro de asegurados y pensionados en clínica y el cambio de clínica, que en conjunto se efectúan más de 6 millones de veces al año. Recientemente se liberó

Cuadro XII.2.
Digitalización de trámites de alto impacto, 2014

Trámite	Realizado al año (millones de veces)
1 Actualización de datos de derechohabientes	8.40
2 Asignación o localización del número de seguridad social	3.36
3 Consulta de semanas cotizadas	2.16
4 Contratación de seguros voluntarios e incorporación voluntaria ^{1/}	0.48
5 Alta patronal de persona física	0.12
6 Consulta de vigencia de derechos	0.25
7 Alta patronal de persona moral	
8 Consulta del estado de adeudo	
9 Correcciones patronales	
10 Movimientos patronales	
Total de visitas anuales	14.8

^{1/} Refiere al Régimen de Incorporación al Seguro Social (RISS).
Fuente: Dirección de Innovación y Desarrollo Tecnológico, IMSS.

esta aplicación para que los derechohabientes puedan efectuar el trámite exclusivamente con su Clave Única de Registro de Población (CURP) y sin necesidad de utilizar su Firma Electrónica Avanzada (FIEL), a fin de hacerlo de manera sencilla. Se espera que con esta medida empiecen a registrarse menos visitas en las clínicas y que el personal del IMSS pueda dedicarse a atender mejor y de manera más expedita a los otros derechohabientes.

La puesta en marcha del Sistema de Pago Referenciado (SIPARE) a mediados de 2013 ha tenido un gran impacto. Antes, el pago de las cuotas obrero-patronales se hacía principalmente en el banco, de manera presencial, con la presentación de un disquete o, en el mejor de los casos, con una USB. Ahora, gracias al SIPARE, se ha agilizado el pago de contribuciones en línea mediante la implementación de líneas de captura referenciadas. Al cierre del 2013, se contaba con poco más de 300 mil patrones inscritos en el SIPARE. Actualmente se cuenta con 640 mil de los 860 mil patrones, que han realizado más de 12.4 millones de transacciones de cuotas obrero-patronales por un monto superior a 243 mil millones de pesos, y más importante aún, 90% de lo que recauda el Instituto por cuotas obrero-patronales ya se realiza a través de Internet. Para el Instituto esto ha representado ahorros en comisiones bancarias, papel y correo por 170 millones de pesos al año, recursos que se están destinando a mejorar la calidad y calidez de los servicios.

A partir de 2014 se dejaron de imprimir y enviar por correo 2.4 millones de facturas al año.

Hasta antes de 2013 se enviaban estas facturas a los patrones por mensajería de manera física a sus centros de trabajo. Esta reducción en impresión de facturas se tradujo en ahorros de papel, impresión y envío por mensajería. Los ahorros en papel equivalen a 80 millones de hojas, que apiladas igualan una distancia de 8 kilómetros. En el 2015 se continuará con la inhibición de la impresión y envío de facturas

en beneficio de los patrones, y del ahorro subsecuente para el IMSS al dejar de imprimirlas.

Por primera vez en la historia del Instituto, se puso a disposición de los derechohabientes una aplicación que les permite obtener en línea su constancia de vigencia de derechos frente al Instituto. Esta constancia contiene información de los datos generales del afiliado (nombres y apellidos, Número de Seguridad Social (NSS), Clave única de Registro de Población (CURP), género, fecha y lugar de nacimiento), datos de su aseguramiento (vigencia, clínica, consultorio y turno), datos del último patrón, así como una lista de sus beneficiarios y sus datos generales. El acreditar esta vigencia es importante, ya que es la puerta de entrada para recibir los servicios de seguridad social del Instituto. Anteriormente, este trámite se realizaba de manera presencial, requiriendo la intervención de varios servidores públicos. Actualmente, se puede realizar en línea, y debido a que esta constancia cuenta con cadena original, sello digital, secuencia notarial y número de serie, tiene validez oficial. Desde su liberación, en octubre de 2014, este trámite se ha realizado cerca de 1 millón de veces.

En lo que resta del 2015 se digitalizarán 7 trámites adicionales.

Una de las demandas más sensibles de los derechohabientes del IMSS ha sido la eliminación del pase de supervivencia presencial, que cada uno de los 3.5 millones de pensionados tiene que realizar dos veces al año como requisito para que se le siga pagando su pensión. Este año se ha trabajado en diversos mecanismos para que el IMSS tenga la información necesaria de sus pensionados, con lo que en fechas próximas se podrá eliminar el proceso de supervivencia presencial, en beneficio de los pensionados del IMSS, la mayor parte de los adultos mayores, evitando más de 6.2 millones de visitas a las ventanillas del IMSS cada año. Adicionalmente, se hará la implementación de la constancia digital para desempleo, que se realiza 1 millón de veces al año. El cuadro XII.3 muestra los trámites a digitalizar durante el 2015.

Cuadro XII.3.
Trámites de alto impacto a digitalizar y/o simplificar, 2015

Trámite	Realizado al año (millones de veces)
1 Comprobación de supervivencia para pensionados	6.2
2 Constancia para desempleo	1.0
3 Seguro de Salud para la Familia	} 0.7
4 Corrección de datos de asegurados	
5 Continuación voluntaria en el Régimen Obligatorio	
6 Incorporación voluntaria al Régimen Obligatorio trabajadores independientes	
7 Solicitud de pensión por cesantía en edad avanzada, vejez, incapacidad e invalidez	0.4
Total de visitas anuales	8.3

Fuente: Dirección de Innovación y Desarrollo Tecnológico, IMSS.

En lo que resta de la Administración, el objetivo es que cada vez menos derechohabientes acudan a las instalaciones del Instituto para realizar trámites.

Para ello, se continuará con la promoción de los nuevos servicios digitales, en especial aquellos que se realizan el mayor número de veces. Adicionalmente, se seguirá trabajando en la eliminación de trámites y procesos redundantes e innecesarios para que quienes tengan derecho a las prestaciones institucionales las reciban en forma ágil y expedita, con el menor número posible de visitas a las ventanillas. La difusión de los trámites y procesos eliminados, simplificados y digitalizados, se hará desde la página de Internet del IMSS, donde de una manera fácil y rápida el derechohabiente podrá acceder al trámite deseado. Estas mejoras de simplificación han beneficiado a millones de personas y al igual que las otras medidas mencionadas, son muestra de que es posible mejorar la calidad y calidez de nuestros servicios y contribuir al saneamiento financiero del Instituto, acercando sus servicios a millones de mexicanos.

Segundo pilar: Transparencia

El segundo pilar del plan estratégico de transformación fue el aumento en la transparencia en el ejercicio del gasto que realiza el Instituto, con mecanismos más eficientes, competitivos

y participativos. El IMSS, al ser el segundo mayor comprador de bienes y servicios en el país, debe aumentar la transparencia en todos sus procesos de compra con el objetivo de generar ahorros y liberar recursos que podrán utilizarse para mejorar los servicios otorgados a los derechohabientes.

Transparencia en servicios auxiliares a los servicios médicos

Algunas muestras de mejoras en transparencia son los programas que se han realizado en los servicios auxiliares a los servicios médicos. Por ejemplo, para incrementar la transparencia en los servicios de terapia sustitutiva renal y en laboratorio clínico, el Instituto llevó a cabo dos programas.

El primero fue el servicio de censo confiable de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica (IRC), para ser utilizado por las unidades médicas que administran los tratamientos de hemodiálisis. A la par, se desarrolló el servicio de verificación de identidad a través de biométricos, con lo cual se proyecta mejorar la administración del gasto. En 2014, este censo se consolidó con una depuración de cerca de 18 mil registros que resultó en una reducción de 76 mil pacientes con terapia de sustitución renal en 2012 a 58 mil pacientes al cierre de 2014 (15 mil en diálisis

peritoneal automatizada, 19 mil en diálisis peritoneal continua ambulatoria, 24 mil en hemodiálisis. El censo es ahora una herramienta confiable de control en el otorgamiento de terapias sustitutivas renales a pacientes y al mismo tiempo se facilita el registro de pacientes con insuficiencia renal ante el Centro Nacional de Trasplantes.

El segundo, fue el Consenso Nacional de Laboratorios Clínicos Institucionales, realizado en 2014 con el objetivo de conocer las causas —no clínicas— del incremento en el número de estudios. Es decir, se buscó identificar el motivo por el cual se duplicaban estudios de laboratorio. Como resultado del Consenso se revirtió el incremento en el número de estudios no necesarios y en 2014 se logró, por segundo año consecutivo, reducir el número de estudios anuales sin detrimento de la calidad de la atención médica, obteniéndose un ahorro de 230 millones de pesos equivalente a 6.5% del gasto en este rubro.

Otro aspecto interesante ha sido el arrendamiento de vehículos. Históricamente, el IMSS compraba su flota vehicular, lo que implicaba altos costos de operación, aseguramiento, mantenimiento, etcétera. Como se informó el año pasado, en 2013 se arrendaron, por primera vez, 197 vehículos para el servicio administrativo, con lo que han obtenido ahorros por cerca de 18 millones de pesos. En el 2014 el esquema de arrendamiento se amplió al servicio de ambulancias. En 2014 se elaboró un plan de sustitución de 300 ambulancias propias por arrendadas, que permite ofrecer a los derechohabientes y sus acompañantes mejores condiciones de seguridad, comodidad, oportunidad y calidad en el servicio. El esquema de arrendamiento, que se elaboró en base a un innovador análisis costo-beneficio y la participación de un testigo social, además de reducir los gastos de operación, fortaleció la transparencia del proceso de contratación. La recepción de las nuevas ambulancias para sustitución de las más viejas se está llevando a cabo desde el mes de mayo y en los siguientes meses se implementará una segunda etapa de arrendamiento,

para convertir esta modalidad en un programa regular de renovación del parque vehicular del Instituto.

Transparencia en servicios tecnológicos

Gracias a un drástico cambio en la visión tecnológica del Instituto, se deja atrás el modelo de tecnología de autoconsumo para cambiarlo por uno bajo demanda, a través de la contratación de servicios tercerizados especializados de tecnología. Se tienen resultados concretos como el nuevo modelo de red de telecomunicaciones, posible gracias a la implementación de un Punto Neutro que permite conectar servicios de múltiples proveedores y múltiples tecnologías como si fueran proporcionados por uno solo. Es así que, desde 2013 el IMSS cuenta con una red híbrida única en su tipo, 12 veces más rápida y 82% más barata por *megabit* transferido con respecto a la red anterior.

Otro de los resultados del cambio en la manera de hacer tecnología, es la habilitación del Centro de Datos y Plan de Recuperación de Desastres, a través de un modelo de consumo de tecnología bajo demanda, es decir, servicios de acuerdo con las necesidades de la operación del Instituto. Este Centro de Datos ha permitido contar con tecnología de punta en infraestructura de cómputo y almacenamiento centralizado que libera al Instituto de la compra de equipamiento, contratación de personal especializado y construcción de obra civil. Así, el IMSS puede enfocar sus esfuerzos al diseño de soluciones tecnológicas que mejoren la calidad y calidez de sus servicios, dejando en manos de un tercero la responsabilidad de garantizar los niveles de operación y disponibilidad de los sistemas. Lo anterior se llevó a cabo mediante un contrato cuya razón costo-eficiencia es una de las mejores dentro de todo el Gobierno.

En esta misma lógica, destacan los servicios de impresión y fotocopiado de alto volumen contratado en 2015 que libera al Instituto de la compra, distribución y almacenamiento de tóner y papel, al mismo tiempo

que cuenta con equipos con tecnología de punta y altos niveles de servicio y disponibilidad. Esto resultará en un ahorro de 70% respecto al servicio anterior, equivalente a casi 200 millones de pesos. Con este nuevo contrato se dejarán de imprimir 300 millones de hojas que equivalen a 30 kilómetros.

Transparencia en el surtimiento y abasto de medicamentos

Recibir los medicamentos necesarios de manera oportuna es uno de los temas más sensibles para los derechohabientes, ya que les permite enfrentar la emergencia, atender el cuidado propio o de un ser querido, sin mermar sus ingresos. Por ello, esta Administración se dio a la tarea de diseñar e implementar una estrategia integral de abasto que atendiera todo el proceso de compra y abasto de medicamentos de la manera más costo-efectiva.

La estrategia integral de abasto comenzó el año pasado eliminando las compras emergentes y buscando el nivel de inventario óptimo —que maximiza el abasto y al mismo tiempo minimiza el inventario para evitar merma y expiración de medicamentos—, lo cual permitió tener ahorros para el Instituto por 1,500 millones de pesos.

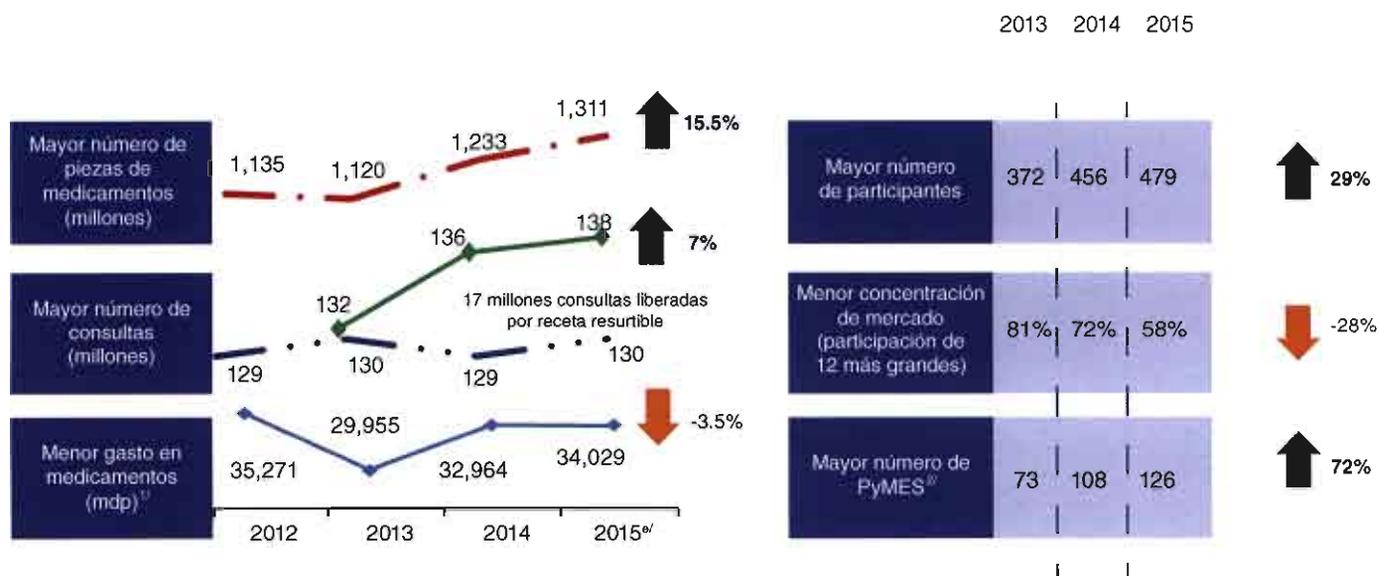
Por segundo año consecutivo, el IMSS lideró para 2015 la compra consolidada de medicamentos más grande en la historia del Sector Público del país que contó con 42 participantes y ascendió a cerca de 51,000 millones de pesos. Se obtuvieron ahorros respecto de los precios obtenidos el año anterior por cerca de 4,600 millones de pesos, que sumados a los ahorros de la compra de 2013 representan un ahorro total de casi 8,300 millones de pesos para todos los participantes durante la presente Administración. Para el IMSS, los ahorros de la compra consolidada de este año fueron de cerca de 2,500 millones de pesos, que con los 2,000 millones del año pasado suman 4,500 millones de pesos de ahorro por esta estrategia.

En conjunto con la Comisión Federal de Competencia se introdujeron varias medidas para fomentar una mayor competencia: el aumento de las claves licitadas bajo la modalidad de Ofertas Subsecuentes de Descuento (OSD o en reversa), las que se asignaron bajo el criterio de 80/20 al primer y segundo lugares, y acotar a 4 el número de marcas que un solo distribuidor puede representar. Con la aplicación de estas medidas se logró: i) aumentar el número de participantes de 372 en 2013 a 479 en 2015; ii) disminuir la concentración de mercado (la participación de las 12 participantes más grandes) de 81% en 2013 a 58% en 2015, y iii) aumentar el número de Pequeñas y Medianas Empresas de 73 en 2013 a 126 en 2015.

Más allá de los ahorros, lo más importante es la mejora en el abasto de medicamentos: i) se aumentó el número de piezas de medicamentos de 1,120 millones en 2013 a 1,311 millones en 2015; ii) gracias al programa de Receta Resurtible, se incrementó el número de consultas de 130 millones en 2013 a 136 millones en 2014, y iii) se surtieron 176 millones de recetas en 2014, 2% más que en 2013 con una prescripción promedio de 5 medicamentos por receta. Todo lo anterior con una reducción en el gasto de medicamentos de 4% en términos reales (gráfica XII.4).

En los siguientes procesos de compra se aplicarán los mismos estándares de transparencia, competencia y efectividad que en la compra consolidada. Con base en la experiencia generada y el análisis de los resultados obtenidos en los años anteriores, para la compra consolidada de medicamentos a realizarse en el último trimestre de 2015, el Instituto pondrá todos sus esfuerzos para mejorar los procedimientos e incrementar la participación de las entidades federales y estatales; impulsar más la competencia entre los participantes; promover una mayor efectividad del abasto en las farmacias; continuar con los esquemas de abasto como "consumo en demanda" para las claves

Gráfica XII.4.
Logros de la compra consolidada para vacunas, medicamentos y material de curación, 2014



^{1/} Millones de pesos.

^{2/} El número de las pequeñas y medianas empresas (PyMES) adjudicadas en cada año del periodo 2012-2014 no es adicional al número de empresas, sino un subconjunto de éste

^{4/} Estimado

Fuente: Dirección de Administración, IMSS

de producto de mayor consumo¹³³ y la entrega directa de la proveeduría a la farmacia para los medicamentos de alto costo.

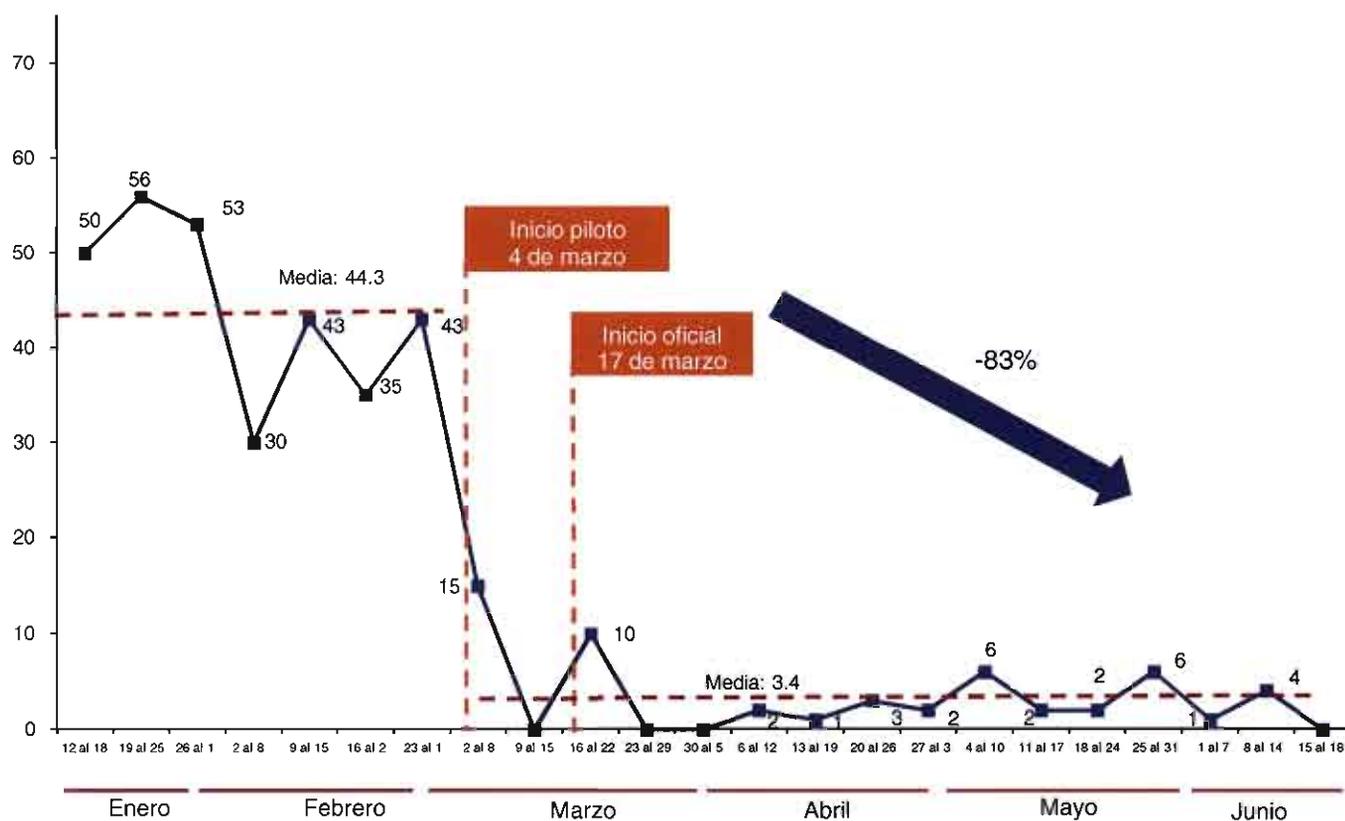
Actualmente, el IMSS se encuentra en el proceso de diseño de las bases para la licitación de servicios integrales como las diálisis, hemodiálisis, laboratorio y cirugías de mínima invasión, entre otros. En estas licitaciones se buscará replicar las lecciones exitosas de la compra consolidada de medicamentos en materia de transparencia, participación y competencia con lo que se espera obtener mejores condiciones de precio, calidad y oportunidad para el Instituto y sus derechohabientes.

Para hacer de esta estrategia de abasto una estrategia integral, en marzo de este año se puso en marcha el Programa de Vales de Medicamentos, que se detalla en el Capítulo XI, y que consiste en que

cuando algún medicamento no está disponible en la farmacia de la Unidad de Medicina Familiar que le corresponde al derechohabiente, su receta es activada como un vale electrónico que puede canjear por sus medicinas el mismo día, en cualquiera de las farmacias de las unidades del IMSS en el Distrito Federal o en el Centro de Canje de Medicamentos que se habilitó especialmente para este fin. **Este programa, que se encuentra en una etapa piloto en el Distrito Federal, ha sido un éxito:** El uso de la receta electrónica pasó de 70% a 96%; Diariamente en el Distrito Federal se reparten cerca de 200,000 medicamentos y se emiten entre 300 y 400 vales, es decir, se están surtiendo 99.8% de los medicamentos recetados; gracias a ello, las quejas por desabasto en el Distrito Federal disminuyeron en 83% (gráfica XII.5).

¹³³ Este esquema consiste en la administración por parte del proveedor de los inventarios de los medicamentos de mayor consumo en los almacenes del Instituto; así, tanto el proveedor como el IMSS son responsables de mantener el inventario de dichos medicamentos en niveles óptimos para garantizar el abasto y disminuir el costo de mantenimiento de dichos insumos

Gráfica XII.5.
Quejas por desabasto en el primer nivel de atención en el Distrito Federal
 (12 de enero al 18 de junio de 2015)



Fuente: Dirección de Administración, IMSS

Fortalecimiento en la cobertura y transparencia en el otorgamiento del servicio de Guarderías

Como se detalla en el Capítulo VI, el IMSS tiene cerca de 1,400 guarderías que reciben diariamente a casi 200 mil niños. Este servicio permite a las madres incorporarse y/o permanecer en el mercado laboral sabiendo que cuentan con un lugar en el que sus hijas e hijos estarán seguros y bajo la atención y cuidados necesarios que faciliten su mejor desarrollo físico, cognitivo y afectivo-social en una de las etapas más importantes en el desarrollo de un ser humano.

En 2015, se ampliará la capacidad instalada de las guarderías para ofrecerles un mejor servicio a las madres trabajadoras y se optimizará el uso de la infraestructura actual. Por primera vez, esta ampliación será determinada mediante un análisis georreferenciado de oferta y demanda de

servicios asegurando el uso óptimo y eficiente de la infraestructura del IMSS. Además, también por primera ocasión, la selección de los proveedores de guarderías se hará a través de un proceso de licitación abierto y transparente siguiendo los lineamientos aplicados en la compra consolidada. Se licitarán 15 mil lugares de guardería en todo el país. Como requisito para participar se pidió un inmueble construido ex profeso para funcionar como guardería, lo cual permitirá que aquellas que se abran bajo este proceso tengan las mejores instalaciones privilegiando la seguridad y calidad de los inmuebles.

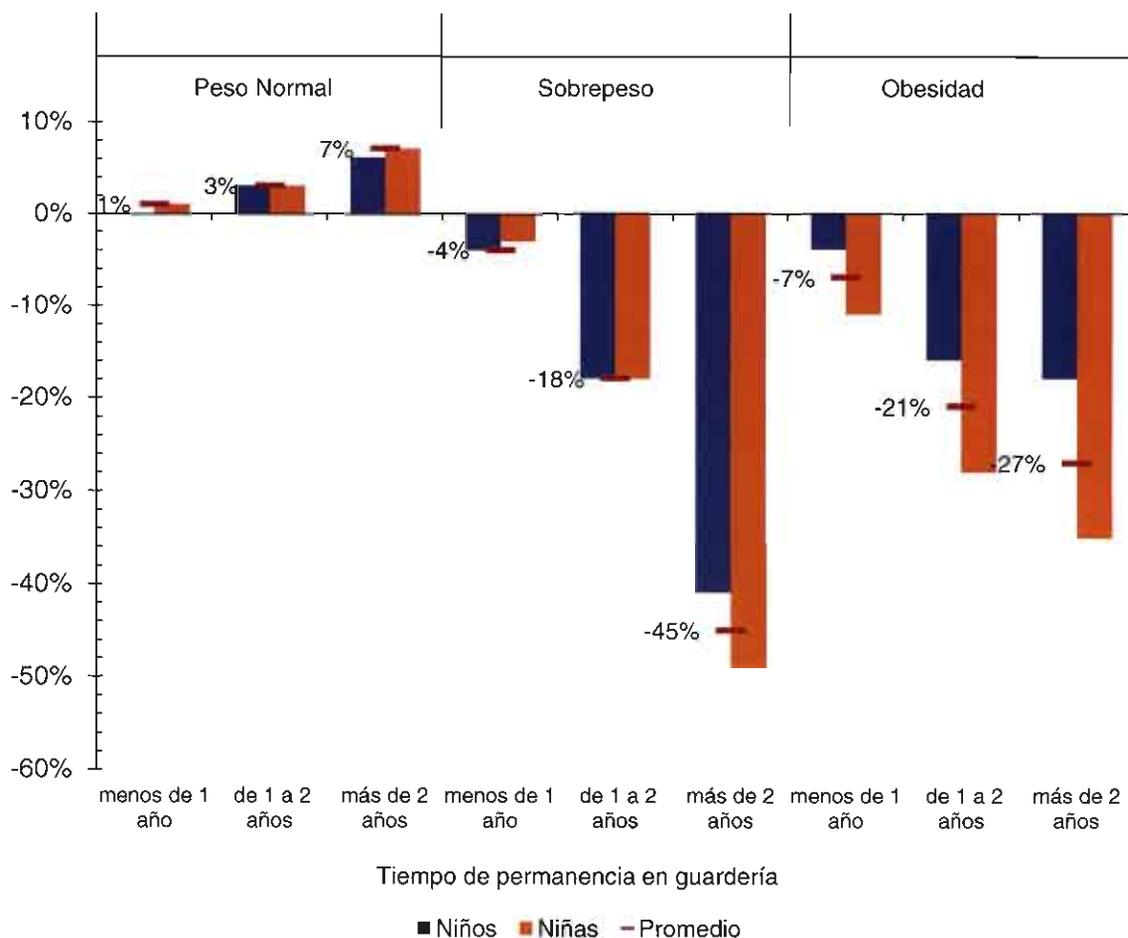
Además de ampliar su capacidad instalada, el IMSS tiene el reto de optimizar la actual, por lo que este año se llevarán a cabo al menos tres procesos de ampliación de infraestructura en las guarderías que tengan las mejores condiciones de atención y calidad de acuerdo con las evaluaciones que realiza el Instituto

y con los resultados de las encuestas de satisfacción. Adicionalmente, se implementará un novedoso programa de reorganización y aprovechamiento de todas las salas de atención de las guarderías. Con los programas de aprovechamiento de la capacidad instalada actual, se tiene la expectativa de incrementar el número de niñas y niños inscritos en al menos 5 mil.

Dada la importancia de la alimentación en edades tempranas, desde el 2013, se implementó un cambio en los regímenes alimenticios de las guarderías. Como resultado, se observó una disminución significativa

en el porcentaje de niños y niñas de 2 a 5 años en las categorías de sobrepeso y obesidad¹³⁴. De enero de 2013 a mayo de 2015, se observó que a medida que se incrementa el tiempo de permanencia en las guarderías, más niños y niñas migran de sobrepeso y obesidad a peso normal. En promedio, para el grupo de niños y niñas que asistieron menos de un año, el porcentaje que presenta sobrepeso se reduce en 4% y el de obesidad en 7%; cuando asistieron entre 1 y 2 años, estos porcentajes se reducen en 18% y 21%, respectivamente; y en 45% y 27% para los que han permanecido por más de 2 años (gráfica XII.6).

Gráfica XII.6.
Cambio por categoría de peso y tiempo de permanencia en guarderías, niñas y niños de 2 a 5 años (enero 2013-mayo 2015)



Fuente: IMSS.

¹³⁴ Los regímenes alimentarios se estructuraron con base en la cantidad de calorías y calidad de la dieta, de acuerdo con la edad de los(las) niños(as); se incrementaron los menús de 20 a 30 días; se modificó la edad para el inicio de la alimentación complementaria pasando de los 4 a los 6 meses, y se promueve la lactancia materna, el consumo de alimentos naturales, la disminución de azúcares añadidos y de grasas saturadas.

Para continuar con estos esfuerzos, este año se llevará a cabo una reorganización al sistema de alimentación de las guarderías incrementando la variedad de menús y dando la posibilidad de combinarlos, con el objetivo de buscar una dieta correcta y dar mayor flexibilidad a los prestadores del servicio.

Con el propósito de garantizar la seguridad de los niños inscritos en guarderías, se continuará con el mecanismo de Participación Social, en el cual los padres de familia realizan visitas a las guarderías. A través de medios digitales se informará a los padres sobre el desarrollo integral de los niños, incluyendo información relacionada a la salud, cuidado y atención infantil, así como información sobre autocuidado y estimulación.

Todas las acciones descritas en este pilar tienen como objetivo refrendar el compromiso de la presente Administración con la transparencia en todos los procesos de compra de bienes y contratación de servicios. Hacia adelante, se buscará institucionalizar medidas que aseguren la transparencia en todos los procesos del IMSS para que ésta forme parte de la nueva cultura institucional.

Tercer pilar: Mejora de servicios médicos

Los servicios médicos son la razón de ser el Instituto, consumen cerca de 80 % de su presupuesto. Además, la satisfacción que la población derechohabiente tiene con el Instituto está íntimamente relacionada con la satisfacción de estos servicios.

México, al igual que otros países en el mundo, está enfrentando dos grandes retos. El primero es que las enfermedades crónico-degenerativas no transmisibles son la carga más importante en términos de Años de Vida Saludables Perdidos Ajustados por Discapacidad, los principales motivos de Consulta Externa, e implican una mayor carga financiera para el Instituto. El segundo, es que al igual que los países en vías de desarrollo, las enfermedades infecciosas y los accidentes siguen

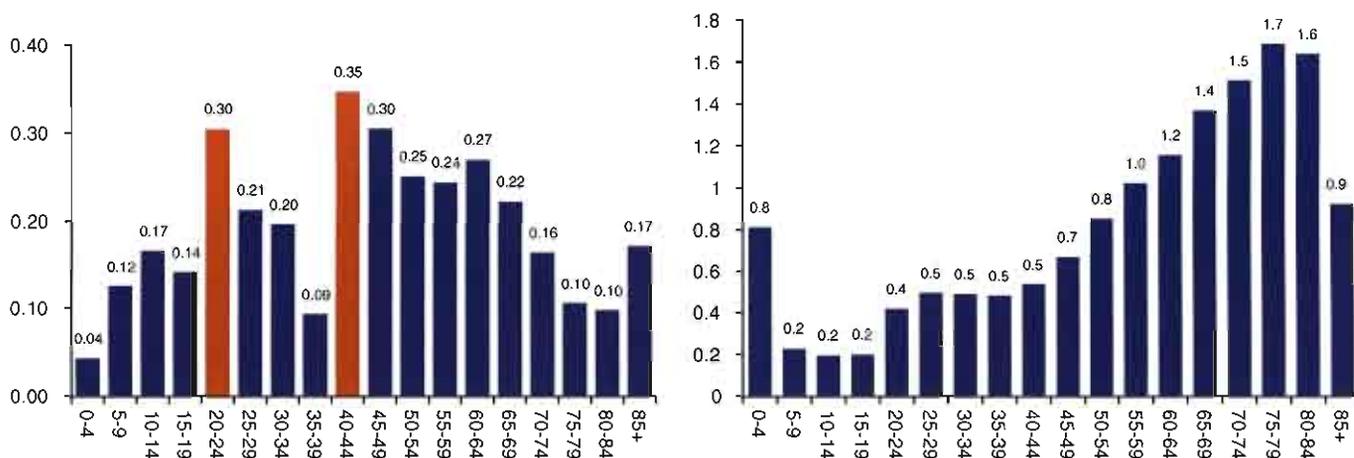
siendo el principal motivo de demanda de atención en los servicios de Urgencias y de atención de Medicina Familiar de primera vez. Esta doble carga de morbilidad, resultado de una transición epidemiológica donde persisten las enfermedades infecciosas, a la vez que se presentan los problemas de una población envejecida, compiten por los recursos de atención de los servicios de salud.

Para enfrentar los retos mencionados, la estrategia del área médica se ha centrado en tres frentes: **Primero**, medidas para mejorar la gestión de la atención e incrementar el acceso a través de mejoras en eficiencia y productividad en las unidades médicas del IMSS, así como aumentar la infraestructura del Instituto para atender al creciente número de derechohabientes. **Segundo**, para obtener mejores resultados en salud, es necesario fortalecer la prevención y establecer una estrategia frontal contra las enfermedades crónico-degenerativas para prevenirlas, disminuir sus complicaciones, evitar tratamientos prolongados y tardíos que afectan la calidad de vida de los pacientes y encarecen la economía del Instituto. **Tercero**, para poder tener una atención médica de calidad, es imperativo invertir en los recursos humanos del Instituto a través de capacitación continua, formación de personal médico e impulsos a la investigación, para así llevar al IMSS a la frontera del conocimiento médico. Estos tres frentes de acción se detallan en el Capítulo V. A continuación se enumeran los principales logros y estrategias.

Mejora de acceso y gestión de los servicios médicos del IMSS

Como se detalla en el Capítulo V, el crecimiento en el número de derechohabientes de los últimos años se concentra en los grupos de entre 20 y 24 años y de entre 40 y 44 años de edad. Estos grupos de jóvenes utilizan en menor medida los servicios del IMSS y, por consiguiente, le cuestan menos al Instituto (gráfica XII.7).

Gráfica XII.7.
Crecimiento ponderado de la población adscrita a médico familiar y perfil de gasto por grupo de edad, derechohabientes adscritos a unidad



Fuente: Dirección de Prestaciones Médicas y Dirección de Finanzas, IMSS.

El fenómeno de nuevos afiliados jóvenes al IMSS le da espacio a la institución para poder atender de mejor manera a los grupos de mayor edad que demandan más los servicios médicos. Sin embargo, para aumentar el acceso a estos servicios, se llevan a cabo dos estrategias: se está mejorando la productividad de los servicios médicos para dar mayor atención con los mismos recursos y, al mismo tiempo, se está emprendiendo un agresivo programa de inversión en infraestructura para poder hacer frente a la creciente demanda de servicios.

Aumento en producción de servicios

El saneamiento financiero del Instituto no se ha traducido en una reducción en servicios médicos, por el contrario, se ha mejorado la calidad y se ha ampliado la cobertura (cuadro XII.4).

Aumento en la productividad y eficiencia de los servicios médicos

Para aumentar el acceso a los servicios médicos con la infraestructura y recursos que se tienen actualmente, se ha puesto en marcha una serie de programas de mejora en la productividad de los servicios y eficiencia en los procesos médicos, tanto en clínicas de primer nivel como en hospitales. Estos programas están orientados a mejorar la calidad y calidez de los servicios médicos y sanear financieramente al Instituto.

El mejor ejemplo de un programa que cumple con ambos objetivos es el Programa de Receta Resurtible lanzado en agosto de 2013 en el primer nivel. Este programa tiene como finalidad optimizar el uso de la capacidad instalada en la consulta de Medicina Familiar, prescribiendo recetas resurtibles a pacientes con enfermedades crónicas controladas (incluye 10 enfermedades), favoreciendo el desahogo de los

Cuadro XII.4.
Comparación de indicadores de prevención, productividad y desempeño de los servicios médicos,
2009-2012 vs. 2013-2014

(cifras en miles y en millones)

	Promedios	2009-2012	2013-2014
Prevención			
Chequeos anuales PrevenIMSS (Millones)		22.7	28.7
Vacunación (cobertura en menores de un año)		95.2	96.2
Detección cáncer de mama con mastografía ^{1/} (Millones)		0.8	1.1
Detección cáncer cervicouterino ^{2/} (Millones)		2.8	3.1
Servicios Otorgados			
Consultas Unidades de Medicina Familiar en primer nivel de atención ^{3/} (Millones)		86.2	87.9
Consultas Especialidades en segundo y tercer nivel de atención (Millones)		19	20
Promedio de consultas de atención prenatal (promedio por embarazada)		7.6	8.6
Urgencias atendidas (Millones)		17.9	21.2
Egresos hospitalarios (Millones)		1.97	2.02
Intervenciones quirúrgicas (Millones)		1.48	1.51
Trasplantes realizados ^{4/} (Miles)		1.89	2.41
Recetas totales atendidas (Millones)		150.7	175.0
Estudios laboratorio ^{5/} (Millones)		177.1	181.2
Radiodiagnóstico ^{6/} (Millones)		13.3	14.6
Auxiliares de diagnóstico ^{6/} (Millones)		9.5	10.5
Indicadores de desempeño y de impacto en salud			
		2009-2012	2013-2014
% de espera menor a 30 minutos para una consulta de Medicina Familiar		95.3	96.2
% de espera menor a 20 días para programación de Cirugía (segundo nivel)		91.0	92.3
% de pacientes con estancia prolongada en el área de Observación de Urgencias (segundo nivel)		33.5	32.7
Satisfacción general con los servicios (porcentaje)		78	77
Satisfacción con los servicios de Urgencias (porcentaje)		72	79
Calificación del trato brindado por el médico (bueno/muy bueno)		93	93
Prevalencia de obesidad en niños de 5 a 9 años		12.8	12.1
Pacientes en control adecuado de diabetes mellitus ^{6/}		36.7	39.9
Pacientes en control adecuado de hipertensión ^{7/}		85.3	87
Razón de muerte materna por 100 mil nacidos vivos		30.4	28.2
Mortalidad perinatal (feto o recién nacido)		9.8	9.3
Mortalidad en menores de cinco años		2	1.9

^{1/} En 2012 y 2013 detecciones de primera vez en mujeres derechohabientes de 50 a 69 años; 2014 en mujeres derechohabientes de 44 a 69 años de edad

^{2/} En 2012 y 2013 número de mujeres de 25 a 64 años de edad con citología cervical de primera vez. 2014 incluye detecciones de primera vez y subsecuentes

^{3/} Incluye consultas dentales

^{4/} Incluye trasplante de riñón, córnea, corazón, hígado y células progenitoras hematopoyéticas.

^{5/} No incluye servicios subrogados.

^{6/} Control adecuado de diabetes: glucosa plasmática menor o igual a 130 mg/dl o Hb glucosilada menor o igual a 7

^{7/} Control adecuado de hipertensión: presión arterial menor o igual a 140/90 mmHg

Fuente: Coordinación de Atención Integral a la Salud en el Primer Nivel, IMSS. División de Información en Salud (DIS). Reportes de Gestión 61 y 62, IMSS. Sistema Ejecutivo de Información (SEI).

servicios de Urgencias de primer y segundo niveles e impactando en la satisfacción de los derechohabientes. En 2014 se emitieron 3.3 millones de recetas resurtibles, las cuales liberaron 6.6 millones consultas, equivalente a haber construido casi 91 Unidades de Medicina Familiar¹³⁵. Debido al éxito de esta iniciativa, se incluirán 7 enfermedades adicionales durante el presente año. Además, en octubre de 2014, se implementó la Receta Resurtible en la Consulta de Especialidades del segundo y tercer niveles de atención, incluyendo como único padecimiento el VIH-SIDA, y en mayo de 2015 se incorporaron 18 enfermedades adicionales para incrementar el impacto y los beneficios del programa.

Otros programas de mejora de productividad que se han implementado en el último año se muestran en el cuadro XII.5.

Con estos programas se están mejorando los servicios médicos sin aumentar los gastos. A través de una mayor eficiencia y productividad de los recursos

humanos y materiales del Instituto se está haciendo más con lo mismo, obteniendo un impacto importante en la satisfacción de los derechohabientes.

Sin embargo, aun cuando se aproveche de mejor manera la infraestructura, es imperativo que el Instituto emprenda un agresivo programa de inversión, para que en los siguientes años se pueda hacer frente a la demanda de servicios médicos que los grupos de nuevos afiliados exigirán una vez que envejezcan.

Programa de inversión en Infraestructura

En 2015, se utilizará el espacio fiscal logrado en 2013 y 2014 para lanzar un programa de expansión de infraestructura, el cual se hará privilegiando el crecimiento financieramente sustentable y costo-efectivo. Para este propósito, se definió un nuevo modelo de unidad médica, el cual considera las necesidades de los derechohabientes, una mejor

Cuadro XII.5.
Programas de mejora de productividad implementados en 2015

Programas	Objetivos
Agendas de citas médicas	Reducir tiempo de espera para pacientes espontáneos y evitar visitas a Urgencias que pueden ser tratadas en el primer nivel.
Coordinación entre niveles de atención	Reducir tiempos de espera en primer nivel para pacientes que requieren consulta con médico especialista y mejorar la satisfacción de los pacientes.
Optimización de los servicios de Urgencias	Mejorar el funcionamiento del Triage realizándolo cuando los pacientes lleguen a Urgencias sin necesidad de solicitar trámites administrativos previos y enfocar recursos a los pacientes en estado crítico.
Programa de Gestión de Camas	Mejorar la coordinación entre el personal hospitalario y disminuir el tiempo que las camas permanecen vacías entre el egreso e ingreso de los pacientes. Esto tiene el fin de incrementar la capacidad de camas hospitalarias y la satisfacción del paciente.
Fortalecimiento de la productividad de las UMAA ¹³⁶	Abatir el rezago quirúrgico en los hospitales, liberar horas quirúrgicas para cirugías urgentes y de mayor complejidad. Adicionalmente, este programa permite disminuir los costos de la atención médico-quirúrgica y de hospitalización.

¹³⁶ Unidad Médica de Atención Ambulatoria
Fuente: IMSS.

¹³⁵ Se estiman 2 consultas liberadas por cada receta resurtible, 12,192 consultas por cada consultorio y 6 consultorios por cada Unidad de Medicina Familiar. Desde el inicio del programa, el 1° de agosto de 2013 hasta el 28 de diciembre de 2014, fueron 3'316,109. Fuente: Dirección de Innovación y Desarrollo Tecnológico, Boletín del Proyecto Estratégico de Receta Resurtible.

funcionalidad, calidad y eficiencia del inmueble. Además, a través de un análisis georreferenciado de la infraestructura del IMSS, de la demanda existente por servicios y de la productividad de los inmuebles actuales, se identificaron de manera priorizada los lugares que requieren nueva infraestructura y el tipo a desarrollar.

La expansión a considerar para el 2015 incluye la construcción de 28 nuevas Unidades de Medicina Familiar y la sustitución de otras 12 que se encuentran en malas condiciones o que se ubican en inmuebles rentados. Actualmente están en construcción 6 hospitales y 4 más se encuentran en proyecto. Asimismo, se prevé incorporar en el proyecto de presupuesto para el próximo año otros 4 hospitales bajo la modalidad de Asociaciones Público Privadas (APP), lo que asegura la viabilidad financiera y operativa de las unidades, a la vez que permite un crecimiento acelerado en la capacidad instalada (cuadro XII.6). Dichos modelos de financiamiento han resultado exitosos en otras partes del mundo, así como en la Secretaría de Salud, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y el Instituto

de Seguridad Social del Estado de México. Para este programa de inversión en infraestructura, en 2015 se tiene un presupuesto de poco más de 5,700 millones de pesos.

Mortalidad materna y mejora de la atención obstétrica

En el IMSS diariamente se atienden alrededor de 1,200 partos y la atención al embarazo, parto y puerperio es la principal causa de egreso hospitalario y el noveno motivo de consulta de Medicina Familiar. Es por esto que una de las principales líneas de acción del área médica es fortalecer la atención materno-infantil.

En los últimos años, la razón de muerte materna, definida como el número de muertes maternas por cada 100 mil nacidos vivos, ha disminuido en el Instituto llegando a 29.8 por debajo de la media nacional. A pesar de los esfuerzos en mejora de acceso y calidad en el IMSS, este indicador sigue por encima de la Meta del Milenio establecida en 22 muertes por 100 mil nacidos vivos y debido a influenza y dengue, hubo un mayor número de complicaciones obstétricas en el último año.

Para mejorar la salud de las madres y niños, el IMSS está trabajando en dos frentes. El primero es mejorar la prevención de embarazos adolescentes, los cuales presentan mayor riesgo obstétrico debido a atención prenatal tardía, apoyo familiar limitado y mayor exposición a factores de riesgo como consumo de alcohol, tabaco o drogas, entre otros. Del total de mujeres embarazadas en 2014, el porcentaje de embarazo adolescente se redujo de 12.3% en 2013 a 11.5% en 2014. Con el propósito de concientizar sobre la importancia de la prevención del embarazo en adolescentes, a través de la Fundación IMSS se lanzó la campaña "Es tu vida, Es tu futuro, Hazlo seguro". Esta campaña subraya que el tener información completa y veraz, en términos de educación sexual, permite a los jóvenes de nuestro país tomar decisiones más

Cuadro XII.6.
Proyectos de inversión en obra, 2015-2018
(millones de pesos)

Tipo de obra	Proyectos	Monto aproximado 2015-2018
Hospitales		
Terminación 2015 (Colima y Reynosa)	2	2,474
En proceso	8	6,355
Asociaciones Público Privadas (APP) ^{1/}	4	5,081
Unidades de Medicina Familiar		
Nuevas	28	1,022
Sustitución	12	316
Ampliación y remodelación de Urgencias	28	1,053
Ampliación y remodelación de otras áreas	91	2,031
Total	173	18,332

^{1/} Asociaciones público privadas en proceso de evaluación
Fuente: IMSS.

responsables y así tener más opciones para decidir su futuro. Además, el Programa IMSS-PROSPERA a través de sus 3,661 Centros de Atención Rural al Adolescente (CARA) ha lanzado la Campaña de Salud Sexual y Planificación Familiar en Adolescentes. Gracias a esta campaña, 67 mil jóvenes accedieron a un método anticonceptivo.

El segundo es el programa de disminución de muerte materna y perinatal, que incluye la expansión y fortalecimiento de los intercambios de servicios obstétricos entre instituciones que promueve una atención más oportuna y mejor de la mujer embarazada y ayuda a reducir la muerte materna. Con el Acuerdo 126 entre el IMSS e IMSS-PROSPERA se atendieron 1,363 embarazadas con alto riesgo de muerte en 2014¹³⁶, contribuyendo al descenso de la mortalidad materna en la población campesina e indígena más desprotegida. Con el propósito de contribuir a la integración del Sistema Nacional de Salud Universal, el Instituto participa con 95 hospitales del Régimen Obligatorio y 47 del Programa IMSS-PROSPERA, junto con la Secretaría de Salud y el ISSSTE, bajo el Convenio General de Colaboración Interinstitucional para la Atención de la Emergencia Obstétrica. Con este convenio se han atendido a más de 6 mil pacientes no derechohabientes de 2009 a 2014. Como parte de la expansión de intercambios interinstitucionales para mejorar la atención obstétrica, se continúa trabajando con la Secretaría de Salud y el ISSSTE para realizar

¹³⁶ Se han atendido 15,700 embarazadas con alto riesgo de muerte de 2006 a 2014

intercambios de la atención prenatal, parto y puerperio mediante el Pase Universal.

Asegurar el futuro del IMSS al hacer frente al crecimiento de las enfermedades crónicas no transmisibles

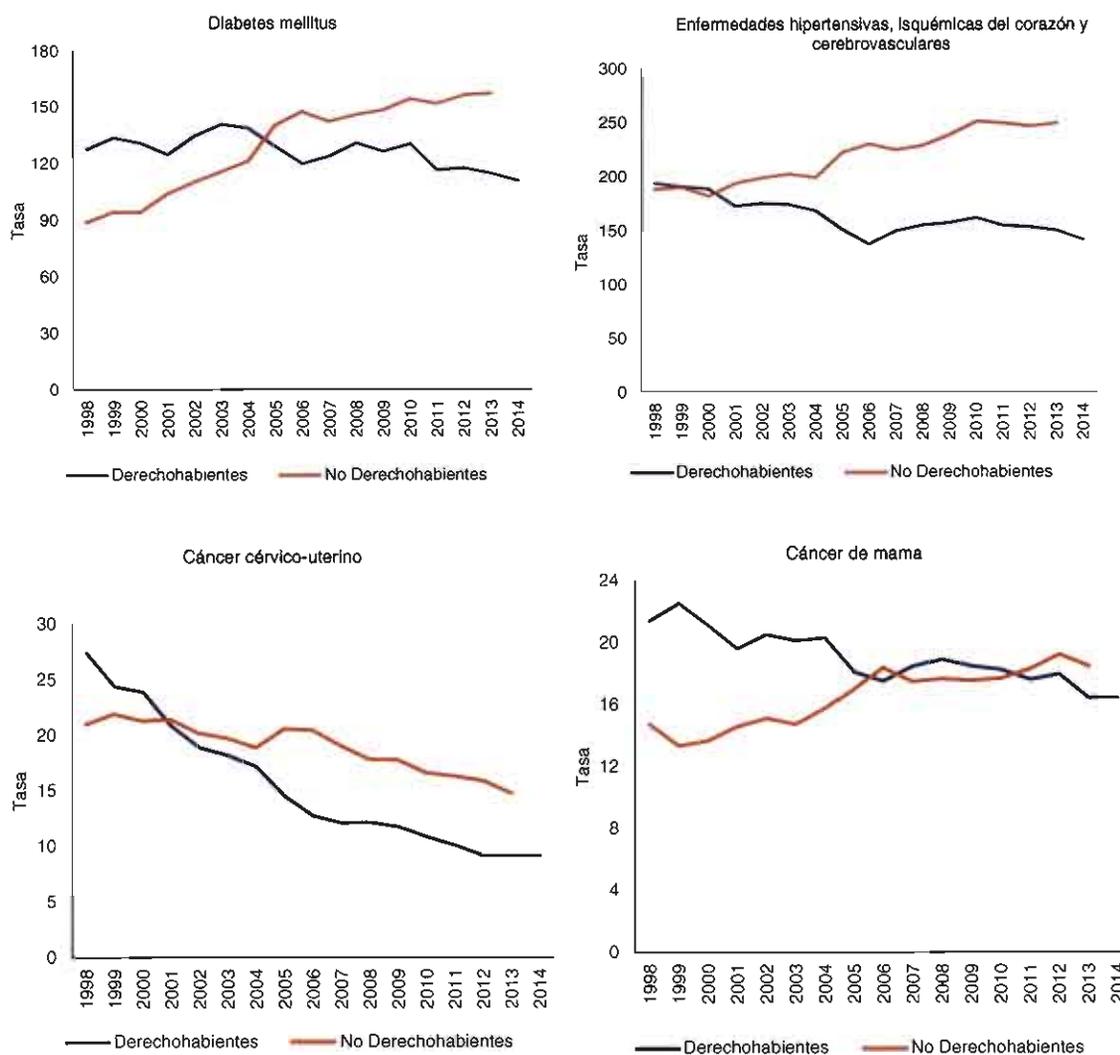
México en general, y el IMSS en particular, están enfrentando un cambio en el perfil epidemiológico y demográfico de la población.

En los últimos años, la mortalidad debida a enfermedades crónicas no transmisibles en derechohabientes del IMSS se ha reducido de manera importante en comparación con el resto del Sector Salud en México (gráfica XII.8). Sin embargo, aún existen oportunidades para mejorar la eficiencia en los procesos de prevención, detección y control de pacientes, sin incrementar los costos de atención. México tiene la prevalencia más alta de diabetes y es el segundo país con mayor porcentaje de obesidad en adultos de todos los países miembros de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE)^{137, 138}. Alrededor de 15% de la población usuaria del IMSS padece enfermedades crónico-degenerativas que son la principal causa de Años de Vida Saludables Perdidos Ajustados por Discapacidad. La atención de las enfermedades crónicas y sus complicaciones consume 32% del gasto

¹³⁷ OECD (por sus siglas en inglés) (2013), "Diabetes prevalence and incidence", in OECD, Health at a Glance 2013: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris. DOI: http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2013-14-en

¹³⁸ OECD (2013), "Overweight and obesity among adults", in OECD, Health at a Glance 2013: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris. DOI: http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2013-21-en

Gráfica XII.8.
Mortalidad por enfermedades crónicas no transmisibles, 1998-2014



Fuente: IMSS.

total del Seguro de Enfermedades y Maternidad. De no contener y controlar mejor las enfermedades crónicas, el gasto en ellas se incrementará en una tasa anual de aproximadamente 4% por año en términos reales.

El modelo médico del IMSS se creó hace 70 años cuando el derechohabiente tenía otro perfil epidemiológico. Una o dos visitas médicas al año eran suficientes para tratar la mayoría de las enfermedades; el doctor tomaba un papel relativamente pasivo en el cuidado del paciente debido a que esperaba a que éste agendara y acudiera a su cita y no era necesario tener un monitoreo constante sobre la salud de los pacientes. Hoy en día, gran parte de los motivos de consulta de

Medicina Familiar son por enfermedades crónicas, saturando las Unidades de Medicina Familiar. Para asegurar la sostenibilidad financiera del IMSS, mejorar la calidad y calidez de los servicios y la satisfacción de los derechohabientes, se necesita cambiar el modelo de atención para hacer frente a estas enfermedades.

Es por esto que las estrategias para atender las enfermedades crónico-degenerativas se basan en fortalecer la prevención, aumentar la detección temprana y mejorar el seguimiento al paciente crónico, en particular en las enfermedades crónicas de mayor peso para los derechohabientes del IMSS: enfermedades cardiovasculares, diabetes y cánceres.

En prevención, el Instituto se ha enfocado en aumentar sus chequeos preventivos a través de su exitoso programa PREVENIMSS. En la última década, el número de chequeos subió de 8 millones a casi 29 millones registrados al cierre de 2014 y para este año la meta es realizar 30 millones de chequeos PREVENIMSS (gráfica XII.9). El IMSS ha liderado con éxito la campaña de salud “Chécate. Mídete. Muévete”, logrando alinear los esfuerzos del Gobierno de la República para cambiar los hábitos de ejercicio y alimentación de la población.

Para mejorar la detección, seguimiento y control de los pacientes, el Instituto está trabajando en fortalecer el programa de PREVENIMSS creando chequeos focalizados de acuerdo con los perfiles de riesgo de la población. De esta manera se podrá dar prioridad de los recursos médicos a aquellos pacientes de alto riesgo y se promoverá la educación de la salud en los pacientes de bajo y mediano riesgo, con el fin de mantener sana a esta población. Además, se está considerando expandir los espacios en donde se pueden realizar los chequeos PREVENIMSS como en las empresas, escuelas y lugares públicos.

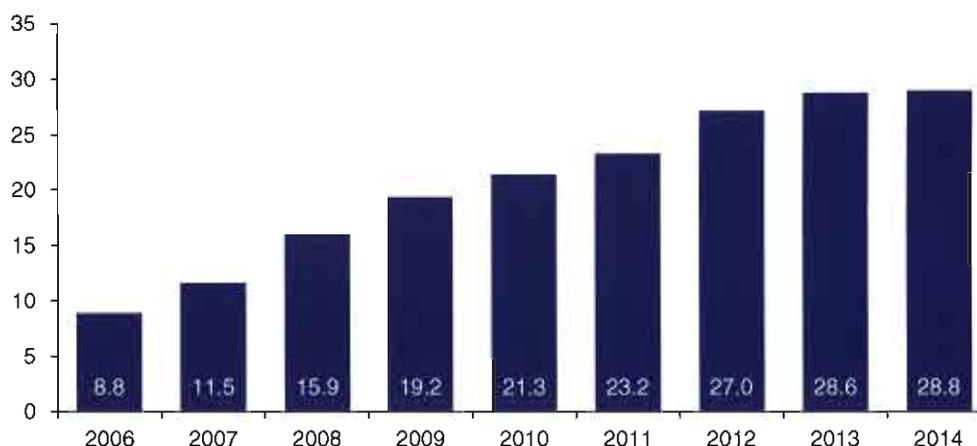
Los esfuerzos para mejorar la detección y el tratamiento de las principales enfermedades crónicas se describen a continuación:

A. Enfermedades Cardiovasculares

Las enfermedades cardiovasculares (ECV), incluida la hipertensión, son la primera causa de muerte en el IMSS y uno de los principales motivos en la demanda de atención. En 2014, fueron el primer motivo de consulta subsecuente en Medicina Familiar, tercer motivo de egreso hospitalario y cuarto motivo de consulta en Urgencias. En 2013 se reportaron 38 mil muertes por esta causa (una cada 13 minutos), la mayoría por infarto agudo al miocardio. Además, en el IMSS hay 6.5 millones de pacientes hipertensos, pero se atiende sólo a 62% de estos.

La estrategia integral para el ataque a las enfermedades cardiovasculares consiste en mejorar la prevención, la detección oportuna y el tratamiento de las complicaciones cardíacas. Entre 2013 y 2014, aumentó el número de detecciones de 10.7 a 14.4 millones. Adicionalmente, se ha fortalecido el control

Gráfica XII.9.
Número de derechohabientes que recibieron revisión anual PREVENIMSS, 2006-2014
 (millones de personas)



Fuente: Dirección de Prestaciones Médicas, IMSS.

metabólico, ya que con la receta resurtible se redujo en 30% el número de días que los pacientes están sin medicamento.

Se encontró que los tiempos de atención a infarto son muy variables y algunas veces peligrosamente largos. En respuesta a ello, en febrero de este año inició el Programa Código Infarto, el cual tiene el objetivo de garantizar el diagnóstico y tratamiento de los pacientes que demandan atención de Urgencias por infarto, de manera que reciban tratamiento con reperfusión con angioplastia en los primeros 90 minutos o terapia fibrinolítica en los primeros 30 minutos posteriores a su ingreso a Urgencias (gráfica XII.10).

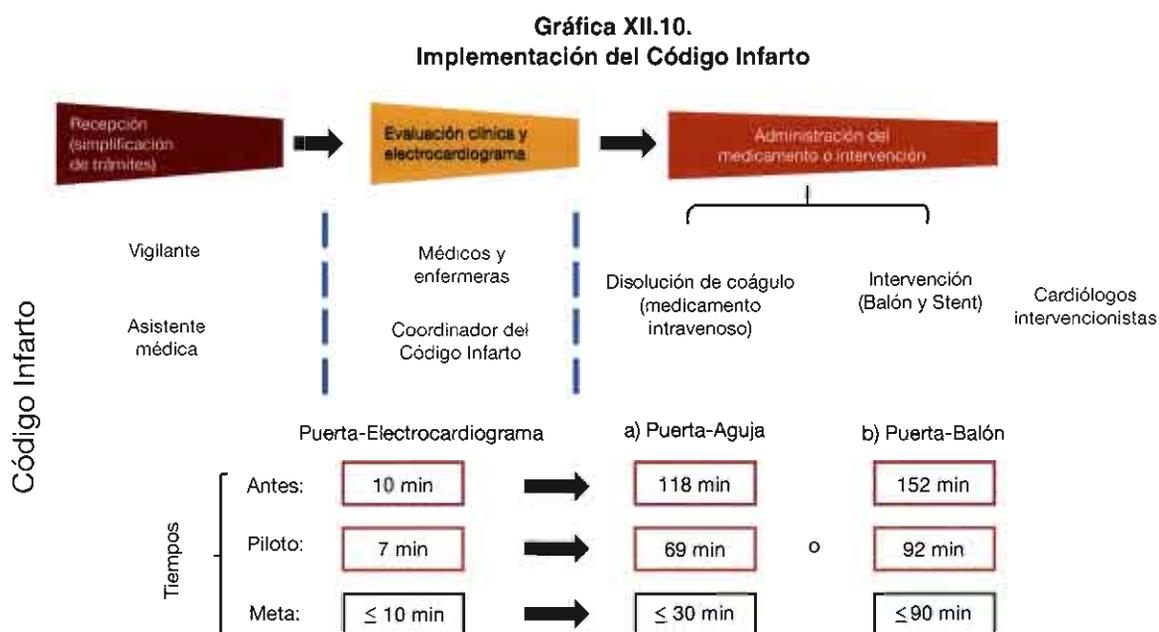
Este programa se implementó en el Hospital de Cardiología del Centro Médico Nacional "Siglo XXI" y su área de influencia son nueve hospitales y dos Unidades de Medicina Familiar. A tres meses del inicio del piloto se han incluido 150 pacientes, se incrementó 50% la reperfusión y ha disminuido la mortalidad más de 20%.

El siguiente paso será extender el Programa Código Infarto al resto de los hospitales y áreas de Urgencias del IMSS.

B. Diabetes mellitus

La diabetes es la segunda causa de muerte y de Años de Vida Saludables Perdidos Ajustados por Discapacidad, el segundo motivo de consultas de Medicina Familiar, y está dentro de los principales motivos de consulta de Especialidades, Urgencias y Hospitalización. Actualmente hay 3.5 millones de pacientes diabéticos registrados en el IMSS, de los cuales sólo 70% acudió a consulta de control con su médico familiar. De la población no atendida, 60% desconoce su condición y aproximadamente 40% de estos pacientes están controlados, comparado con 65 a 70% en países europeos.

Para combatir este problema, se ha trabajado en mejorar las acciones de promoción y detección



Fuente: Dirección de Prestaciones Médicas, IMSS

oportuna. Entre 2006 y 2014 la obesidad en derechohabientes del IMSS ha disminuido de 6.3% a 5.8% para menores de 5 años y de 14.8% a 12% para niños entre 5 y 9 años. Durante este mismo periodo, el número de detecciones de diabetes aumentó de 2.1 a 7.4 millones, y se amplió el grupo de edad de detección a partir de los 20 años.

Para los pacientes con un estado tardío en la enfermedad y que padecen de insuficiencia renal, las mejores prácticas clínicas señalan que el tratamiento idóneo para este tipo de pacientes es el trasplante. En el IMSS se tienen cerca de 60,000 pacientes con insuficiencia renal crónica terminal, de los cuales aproximadamente 12,000 son candidatos a ser trasplantados. En 2014 se trasplantaron 1,428 pacientes, realizando 56% del total de trasplantes renales practicados en el Sistema Nacional de Salud. En los trasplantes renales con donante cadavérico se observa un crecimiento de 306 en 2013 a 325 en 2014 (6.2% de incremento). Se han hecho esfuerzos por mejorar la calidad en la realización de los trasplantes renales, logrando incrementar la sobrevida del injerto a un año, de 84.1% en 2012 a 93.4% en 2014. Asimismo, se sigue trabajado en aumentar la productividad en trasplantes renales a través del fortalecimiento y creación de Centros Especializados en Trasplantes, mejora de los procesos de referencia de pacientes candidatos a trasplante a estos centros especializados y mejora de la información y comunicación a los pacientes candidatos.

C. Cánceres

En el IMSS, los cánceres son la tercera causa de muerte y la segunda causa de consulta en Especialidades, siendo los principales el de mama, próstata, cérvico-uterino y pulmón.

El IMSS cuenta con dos programas de detección oportuna para algunos tipos de cáncer en la mujer, como el de cuello uterino y mama, que han permitido reducir la mortalidad progresivamente gracias al

tratamiento con cirugía, quimioterapia y/o radioterapia, según su tipo.

Para tratar de mejor manera a los cánceres y mejorar la probabilidad de los derechohabientes de combatirlos, el IMSS está trabajando en dos líneas. La primera es un perfeccionamiento de las líneas de atención de los cánceres más costosos y frecuentes con el objetivo de reducir el tiempo que transcurre desde la detección hasta el inicio del tratamiento y así evitar complicaciones y mortalidad prematura. Para lograr lo anterior se han reorganizado los procesos de acceso, prevención, detección, curación, rehabilitación y cuidados paliativos, con el fin de estandarizarlos, eliminar barreras y garantizar una mejor atención. La segunda es el Programa "OncolIMSS" que inició en el segundo semestre de 2014, cuyo objetivo es mejorar el tamizaje, la detección y el tratamiento del cáncer para elevar la calidad y la expectativa de vida de los pacientes. Como parte de este programa se inauguró en Chiapas el Centro de Referencia Estatal para la Atención del Niño "ONCOCREAN" que busca fortalecer los recursos humanos y tecnológicos en el servicio de Pediatría Oncológica en la región sureste del país y así evitar el traslado anual de 287 casos nuevos de niños y adolescentes con cáncer. También se desarrolló el Registro Institucional del Cáncer, un sistema para la vigilancia epidemiológica y seguimiento de casos, el cual se implementó en 11 unidades médicas. Se capacitaron más de 10 mil médicos y enfermeras del primer nivel de atención para fortalecer la detección oportuna del cáncer de mama y para 2015 se incorporará la detección del cáncer de colon, recto y próstata dentro del chequeo anual PREVENIMSS.

Fortalecer la capacitación, formación de recursos humanos y la investigación en el IMSS

El IMSS ha sido sinónimo de excelencia médica en México y en el mundo durante sus más de 70 años de existencia. En los últimos años, debido a las presiones financieras, se redujo la inversión en formación de capital

humano e investigación. La presente Administración está convencida que una de las mejores maneras para mejorar la calidad y calidez de los servicios es a través de la capacitación continua, la inversión en los recursos humanos e investigación. Es por esto que se ha puesto en marcha un agresivo programa de inversión en capacitación, formación de talento e investigación médica de punta. Estos programas se describen en el Capítulo V y a continuación se describen brevemente sus principales componentes.

Capacitación

En el Instituto, la capacitación es un mecanismo para la actualización y el desarrollo de competencias del personal de salud con base en los avances científicos y tecnológicos. Los esfuerzos en capacitación durante 2014 y 2015 se centraron en los siguientes puntos:

- **Cursos de capacitación presenciales:** En 2014 se realizaron 3,700 cursos presenciales con la asistencia de 25.6 mil trabajadores del área de la salud con un incremento de 12.3% en el número de trabajadores capacitados respecto a 2013.
- **Cursos de capacitación en línea:** En 2014 se implementaron 56 cursos en línea que permitieron la capacitación de 11.5 mil profesionales de la salud. El número de cursos realizados y de participantes en 2014 resultó 86% y 128% superior a lo realizado en 2013, respectivamente.
- **Estancias cortas y cursos de posgrado:** En 2014 se formalizó el convenio de colaboración con la Secretaría de Educación Pública para el financiamiento de becas para un curso intensivo de inglés. Para 2015, esta Secretaría otorgará 35 millones de pesos para becas en los Estados Unidos; asimismo, se consolidó el convenio de colaboración con el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) que permitirá el acceso a becas al extranjero para realizar posgrados y capacitación técnico-médica del personal institucional.

Como resultado del Primer Foro Franco Mexicano de Intercambio de Mejores Prácticas Clínicas realizado en abril de 2014, se suscribió un convenio de colaboración con la Universidad *Claude Bernard Lyon 1* y los *Hospices Civils de Lyon* para capacitación, formación e intercambio de experiencias en trasplante hepático, Cardiología, Urgencias, Patología y capacitación gerencial. Durante 2015, el primer grupo de médicos del IMSS asistirá a Lyon, Francia, para el primer programa de actualización en trasplante hepático.

Formación

La preparación de nuevos médicos especialistas que atienden la creciente demanda de pacientes con enfermedades crónico-degenerativas debe ser congruente con los cambios demográficos y operativos que se realicen en el modelo de atención médica.

La formación de nuevos médicos especialistas ha distinguido al IMSS. Durante 2014, el Instituto contaba con 12.6 mil médicos en formación en 72 diferentes especialidades, cifra superior a los 12.4 mil médicos registrados en 2013. Para el ciclo académico 2015-2016 se incrementó esta cifra, al contar con 12.7 mil médicos en formación. De estos, 34% cursan especialidades orientadas al primer nivel de atención, 10% relacionadas a urgencias y 24% a enfermedades crónico-degenerativas como diabetes.

Investigación

La investigación es primordial para llevar al Instituto a retomar el liderazgo médico en el Sector Salud. En los últimos años se han graduado un promedio anual de 75 maestros y 25 doctores. En 2014, entre los 250 investigadores de tiempo completo del IMSS, 83% tuvo reconocimiento vigente del Sistema Nacional de Investigadores y se presentaron 36 solicitudes de nuevo ingreso, lo que constituye uno de los porcentajes de pertenencia más altos del Sector Salud.

El IMSS edita la revista *Archives of Medical Research*, la revista biomédica más importante de Latinoamérica debido al elevado factor de impacto de 2.406, convirtiéndose en la primera revista latinoamericana en superar el 2 de factor de impacto.

Se han firmado convenios con el Consorcio Nacional de Recursos Científicos y Tecnológicos para tener acceso a más de 6,000 títulos de revistas científicas y con la Asociación Mexicana de Industrias de Investigación Farmacéutica (AMIIF), para fortalecer la investigación clínica, en particular para ofrecer moléculas innovadoras a los derechohabientes. En 2014, se fortaleció la investigación biomédica a través de la certificación de la Comisión Nacional de Investigación como Tercero Autorizado por parte de la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS) para protocolos de investigación médica, el cual permite coadyuvar en la evaluación y predictamen de los protocolos de investigación en salud.

Estamos retomando y fortaleciendo el vínculo entre atención médica, educación e investigación, lo que sin duda redituará en una mejor preparación del personal de salud y en la calidad de la atención del derechohabiente del IMSS.

Sistema Nacional de Salud Universal

El Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2013-2018 promulgado por el Presidente de la República, define como dos de sus objetivos asegurar el acceso universal a los servicios de salud y ampliar el acceso a la seguridad social para alcanzar un México más Incluyente y Próspero. Asimismo, define como tres de las estrategias para alcanzar dichos objetivos, avanzar en la construcción de un Sistema Nacional de Salud Universal, mejorar la atención de la salud a la población en situación de vulnerabilidad, y garantizar el acceso efectivo a servicios de salud de calidad.

El IMSS, siendo el mayor proveedor de servicios de salud del país, comparte la convicción de avanzar en la consolidación del Sistema Nacional de Salud Universal, para asegurar el acceso efectivo a los servicios de salud. Para ello, se está trabajando bajo la coordinación de la Secretaría de Salud en la formulación de una propuesta que garantice el acceso, oportunidad, protección financiera y calidad de los servicios que actualmente se otorgan, mediante el establecimiento de protocolos estandarizados e instrumentos que permitan vigilar su debido cumplimiento. Este sistema será el mecanismo que empodere a la población para que pueda demandar que estos servicios sean efectivos.

La creación del Sistema Nacional de Salud Universal exigirá una mayor coordinación entre las instituciones públicas de salud. Es necesario generar sinergias que permitan hacer un uso más eficiente de la capacidad instalada y recursos humanos, evitar duplicidades en la cobertura y homologar los servicios. El punto de partida debe ser mejorar la atención médica integral, con un enfoque de contención de costos y trato digno al usuario y su familia. Con estas medidas, se obtendrán mejoras sustanciales en los servicios de salud para todos los mexicanos.

Es necesario construir sobre los distintos convenios de intercambio de servicios existentes de manera coordinada con las instituciones del Sector Salud. Así, en 2014 se suscribieron 5 convenios específicos en esta materia, 3 en Yucatán, 1 en Querétaro y otro en Durango. Además, se renovó el convenio de Baja California Sur y de Yucatán firmados en años anteriores. De esta forma, se duplicó el número de convenios comparado con los disponibles en 2013.

A fin de consolidar el intercambio de servicios e impulsar la celebración de este tipo de convenios en las entidades federativas, las instituciones han sumado esfuerzos para ampliar el catálogo de servicios médicos que forma parte del Acuerdo General. Este

año se trabajó en homologar la atención médica y acordar tarifas máximas referenciales para 36 nuevas intervenciones, con lo cual aumenta el número de 819 a 855 intervenciones susceptibles a intercambiarse.

El fin último de la propuesta de Reforma promovida por el Gobierno Federal al Sector Salud, es garantizar el acceso efectivo a la salud. La propuesta de Reforma implica cambios de gran calado para todas las instituciones del Sector y establece las bases para una mayor integración y homologación de los servicios. El éxito de una Reforma de esta envergadura depende de la capacidad para dotar a las instituciones, ya sean existentes o creadas, de un marco de incentivos e instrumentos que las dirija a utilizar de manera efectiva sus recursos, independientemente del financiamiento que les da origen.

Consideraciones finales

El 2014 fue un año de consolidación de resultados. Por segundo año consecutivo se mantuvo bajo control el uso de las reservas del Instituto. Las acciones realizadas en 2014 se tradujeron en un uso de reservas de 13 mil millones de pesos de 2015 cumpliendo con la meta de mantener el uso de reservas en alrededor de 12 mil millones de pesos. Este es un esfuerzo de enormes proporciones que ha implicado un trabajo conjunto de la Administración, trabajadores, patrones y derechohabientes. Estos enormes esfuerzos de saneamiento financiero han sido acompañados por mejoras en los servicios prestados. Como se describió a lo largo de este Informe, se han hecho grandes esfuerzos por buscar mejoras en servicios en beneficio de los derechohabientes del IMSS.

Esta mejora en los servicios se puede constatar a través de la reducción en quejas presentadas por parte de la derechohabencia, mismas que disminuyeron en 4% de 2013 a 2014. Asimismo, por la naturaleza y volumen de los servicios que presta el IMSS, es natural que sea la institución con más quejas ante la Comisión Nacional de Derechos Humanos; no obstante, de 2013

a 2014, las quejas notificadas por esa Comisión al IMSS disminuyeron en 45%.

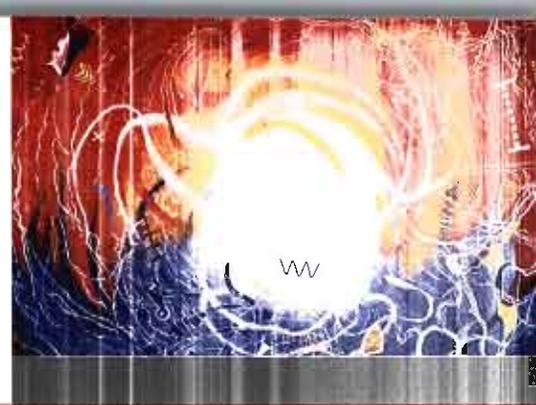
Las acciones llevadas a cabo en estos primeros dos años de administración han permitido al IMSS pasar del escenario inercial a uno de sostenibilidad financiera. Sin embargo, la tendencia subyacente al alza del gasto en salud continuará ejerciendo presiones financieras al Instituto: las transiciones demográfica y epidemiológica seguirán incrementando las necesidades de salud y sus costos asociados, no sólo en México, sino en todo el mundo.

Es por ello que con los resultados obtenidos no se debe interpretar que los problemas del IMSS están resueltos, falta mucho por hacer. Hacia adelante, los esfuerzos se centrarán en ampliar la infraestructura del Instituto y en buscar mejoras en la calidad y calidez de los servicios que sean tangibles para los derechohabientes. Estos cambios se deben institucionalizar y arraigar en la cultura del IMSS para volverse sostenibles en el tiempo.

La actual Administración del IMSS tiene el firme compromiso de cumplir con las instrucciones que el Presidente de la República ha definido para el Instituto: un IMSS que está a la altura de los retos y las exigencias de la sociedad mexicana del mañana. Gracias a los enormes esfuerzos de trabajadores, derechohabientes y patrones llevados a cabo en 2014, se logró consolidar los avances del IMSS.

El IMSS es piedra angular de la arquitectura social en nuestro país. Superar las transiciones demográfica y epidemiológica, así como la compleja situación financiera del Instituto, es una responsabilidad histórica y no será tarea fácil. Sin embargo, se han tomado pasos claros y firmes en la dirección correcta. La fortaleza de la institución y el compromiso inquebrantable de sus trabajadores permitirán superar estos obstáculos y mejorar la salud y seguridad social de todos los mexicanos.

Índice de Cuadros



Introducción

Cuadro 1.	Servicios otorgados en el Sistema Nacional de Salud, 2013	2
Cuadro 2.	Distribución de la población de acuerdo con institución de protección en salud, diciembre de 2014	3
Cuadro 3.	Relación entre el Artículo 273 de la Ley del Seguro Social y los capítulos del Informe	6

Capítulo I

Cuadro I.1.	Estado de actividades dictaminado al 31 de diciembre de 2014 y 2013	14
Cuadro I.2.	Estado de actividades al 31 de diciembre de 2014 y 2013, con el registro total del costo neto del periodo del Régimen de Jubilaciones y Pensiones	15
Cuadro I.3.	Estado de situación financiera dictaminado al 31 de diciembre de 2014 y 2013	16
Cuadro I.4.	Estado de situación financiera dictaminado al 31 de diciembre de 2013 y 2014, con el registro total de las obligaciones por beneficios definidos del Régimen de Jubilaciones y Pensiones	18
Cuadro I.5.	Supuestos de proyecciones financieras de corto plazo, 2001-2020	22
Cuadro I.6.	Flujo de efectivo: cierre 2014, presupuesto 2015 y proyecciones de cierre 2015-2020, considerando el incremento estimado en ingresos y gastos 2015	23
Cuadro I.7.	Principales supuestos en las proyecciones de flujo de efectivo, 2021-2050	26
Cuadro I.8.	Presupuesto 2015 y proyecciones de flujo de efectivo 2016-2050	28
Cuadro I.9.	Estimación del valor presente del superávit o déficit de los seguros acumulado y su relación con el Producto Interno Bruto (PIB)	29

Capítulo II

Cuadro II.1.	Digitalización de trámites de alto impacto 2014	40
Cuadro II.2.	Trámites de alto impacto a digitalizar y/o simplificar, 2015	42
Cuadro II.3.	Nuevo modelo integral de fiscalización	43
Cuadro II.4.	Asegurados del IMSS, 2013-2014	47
Cuadro II.5.	Salario diario de trabajadores asegurados por tamaño de registro patronal, 2005-2014	56
Cuadro II.6.	Salario diario por actividad económica, 2013-2014	57
Cuadro II.7.	Población derechohabiente del IMSS, 2014	61

Capítulo III

Cuadro III.1.	Prestaciones del Seguro de Riesgos de Trabajo	69
Cuadro III.2.	Distribución de las prestaciones del Seguro de Riesgos de Trabajo (SRT)	71
Cuadro III.3.	Estado de actividades del Seguro de Riesgos de Trabajo, al 31 de diciembre de 2014	81
Cuadro III.4.	Resumen de las proyecciones demográficas de la valuación actuarial del Seguro de Riesgos de Trabajo	84
Cuadro III.5.	Resumen de las proyecciones financieras de la valuación actuarial del Seguro de Riesgos de Trabajo	85
Cuadro III.6.	Balance actuarial a 100 años del Seguro de Riesgos de Trabajo, al 31 de diciembre de 2014	89
Cuadro III.7.	Hipótesis del escenario base y de los escenarios de riesgo 1 y de riesgo 2 para el periodo de 100 años	90
Cuadro III.8.	Resultados del escenario base y de los escenarios de sensibilidad de la valuación actuarial del Seguro de Riesgos de Trabajo	90

Capítulo IV

Cuadro IV.1.	Prestaciones del Seguro de Invalidez y Vida	95
Cuadro IV.2.	Distribución de las Prestaciones del Seguro de Invalidez y Vida (SIV)	96
Cuadro IV.3.	Estado de actividades del Seguro de Invalidez y Vida, al 31 de diciembre de 2014	106
Cuadro IV.4.	Resumen de las proyecciones demográficas de la valuación actuarial del Seguro de Invalidez y Vida	108
Cuadro IV.5.	Resumen de las proyecciones financieras de la valuación actuarial del Seguro de Invalidez y Vida	110
Cuadro IV.6.	Balance actuarial a 100 años del Seguro de Invalidez y Vida, al 31 de diciembre de 2014	114
Cuadro IV.7.	Hipótesis del escenario base y de los escenarios de riesgo 1 y de riesgo 2 para el periodo de 100 años	115
Cuadro IV.8.	Resultados de los escenarios de sensibilidad de la valuación actuarial del Seguro de Invalidez y Vida	115

Capítulo V

Cuadro V.1.	Prestaciones del Seguro de Enfermedades y Maternidad	121
Cuadro V.2.	Estado de actividades del Seguro de Enfermedades y Maternidad, al 31 de diciembre de 2014	122
Cuadro V.3.	Comparación de indicadores de producción, productividad y desempeño de los servicios médicos, 2009-2012 vs. 2013-2014	123
Cuadro V.4.	Comparación de indicadores de desempeño de los servicios médicos, 2009-2012 vs. 2013-2014	124
Cuadro V.5.	Presupuesto 2015, cierre estimado 2015 y proyección 2015-2050 de ingresos, gastos y resultado del Seguro de Enfermedades y Maternidad	126

Cuadro V.6.	Presupuesto 2015, cierre estimado 2015 y proyección 2016-2050 de ingresos, gastos y resultado del Seguro de Enfermedades y Maternidad, cobertura de Asegurados	128
Cuadro V.7.	Presupuesto 2015, cierre estimado 2015 y proyección 2016-2050 de ingresos, gastos y resultado de la cobertura de Gastos Médicos de Pensionados	130
Cuadro V.8.	Cierre 2015 y proyección 2016-2050 del déficit financiero del Seguro de Enfermedades y Maternidad y de sus coberturas	131
Cuadro V.9.	10 Principales motivos de Consulta Externa (Medicina Familiar, Especialidades y Dental) en el IMSS, 2014	133
Cuadro V.10.	10 Principales motivos de consultas de Urgencias en el IMSS, 2014	133
Cuadro V.11.	10 Principales motivos de egresos hospitalarios en camas censables en el IMSS, 2014	134
Cuadro V.12.	Población y dosis por tipo de vacunas aplicadas en 2014	135
Cuadro V.13.	Total de atenciones por emergencia obstétrica otorgadas en el IMSS	141
Cuadro V.14.	Gasto médico en 2014 de seis enfermedades crónico-degenerativas de alto impacto financiero	143
Cuadro V.15.	Comportamiento Módulos DIABETIMSS	149
Cuadro V.16.	Tasas de mortalidad por cáncer específico en adultos	150

Capítulo VI

Cuadro VI.1.	Prestaciones del Seguro de Guarderías y Prestaciones Sociales	158
Cuadro VI.2.	Estado de actividades del Seguro de Guarderías y Prestaciones Sociales, al 31 de diciembre de 2014	159
Cuadro VI.3.	Presupuesto 2015, cierre 2015 y proyección 2016-2050 de ingresos, gastos y resultado financiero del Seguro de Guarderías y Prestaciones Sociales	160
Cuadro VI.4.	Estadísticas del servicio de Guarderías del IMSS, 2009-2014	162
Cuadro VI.5.	Estadísticas del servicio de Guarderías del IMSS por delegación, a diciembre de 2014	163
Cuadro VI.6.	Estados de ingresos y gastos del ramo de Guarderías, 2007-2014	165
Cuadro VI.7.	Estado de resultados comparativo de los Centros Vacacionales, 2006-2014	168
Cuadro VI.8.	Resumen financiero de cada Centro Vacacional en 2014	169
Cuadro VI.9.	Resumen financiero de los Centros Vacacionales de 2014 y proyección 2015-2020	170

Capítulo VII

Cuadro VII.1.	Estado de actividades del Seguro de Salud para la Familia, al 31 de diciembre de 2014	174
---------------	---	-----

Capítulo VIII

Cuadro VIII.1.	Presupuesto original 2014	183
Cuadro VIII.2.	Presupuesto ejercido 2010-2014	184

Cuadro VIII.3.	Plantilla de personal a diciembre de 2014	186
Cuadro VIII.4.	Consultas otorgadas a población con Seguro Popular	187
Cuadro VIII.5.	Infraestructura financiada con recursos de la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas 2014	188
Cuadro VIII.6.	Dosis de vacunas aplicadas 2010-2014	190
Cuadro VIII.7.	Acciones de la Red Comunitaria en apoyo a la planificación familiar, 2012-2014	194
Cuadro VIII.8.	Acciones de la Red Comunitaria en apoyo a la mujer y al niño, 2012-2014	195
Cuadro VIII.9.	Principales resultados de la prevención y control de la tuberculosis	199
Cuadro VIII.10.	Principales resultados de la prevención y control de la diabetes mellitus	199
Cuadro VIII.11.	Vacunación contra el virus del papiloma humano	201
Cuadro VIII.12.	Encuentros Médico-Quirúrgicos por especialidad, 2012-2014	202

Capítulo IX

Cuadro IX.1.	Propósitos de las reservas y del Fondo Laboral	206
Cuadro IX.2.	Régimen de inversión	207
Cuadro IX.3.	Posición de las reservas y del Fondo Laboral, 2013 y 2014	209
Cuadro IX.4.	Aportaciones, intereses y usos de las reservas y del Fondo Laboral	210
Cuadro IX.5.	Asignación estratégica de activos de la Reserva General Financiera y Actuarial, las Reservas Financieras y Actuariales de los seguros y coberturas de Invalidez y Vida, Riesgos de Trabajo y Gastos Médicos para Pensionados, y la Subcuenta 2 del Fondo Laboral, 2014	211
Cuadro IX.6.	Evolución de la inversión en Afore XXI Banorte	212
Cuadro IX.7.	Inversiones en acciones de empresas afines al Instituto, Afore XXI Banorte	213
Cuadro IX.8.	Cuentas de trabajadores y recursos administrados por Afore XXI Banorte, cifras al 31 de diciembre de 2014	213
Cuadro IX.9.	Productos financieros por reserva y Fondo Laboral, 2013 y 2014	214
Cuadro IX.10.	Valor en riesgo de mercado y de crédito al cierre de 2014	215

Capítulo X

Cuadro X.1.	Beneficios por terminación y por retiro valuados conforme a la Norma de Información Financiera D-3 "Beneficios a los Empleados" por prima de antigüedad e indemnizaciones	219
Cuadro X.2.	Proyección 2015-2060 de trabajadores IMSS que recibirán pagos por prima de antigüedad e indemnizaciones	220
Cuadro X.3.	Principales resultados de la valuación actuarial por prima de antigüedad e indemnizaciones, al 31 de diciembre de 2014, de acuerdo con la Norma de Información Financiera D-3	221
Cuadro X.4.	Beneficios por terminación y por retiro valuados conforme a la Norma de Información Financiera D-3 "Beneficios a los Empleados" del Régimen de Jubilaciones y Pensiones	224
Cuadro X.5.	Población de jubilados y pensionados del IMSS considerada en la valuación actuarial del Régimen de Jubilaciones y Pensiones, al 31 de diciembre de 2014	224
Cuadro X.6.	Proyección 2015-2095 de jubilados y pensionados del IMSS	226

Cuadro X.7.	Valor presente de obligaciones totales, al 31 de diciembre de 2014, por el Régimen de Jubilaciones y Pensiones (RJP)	227
Cuadro X.8.	Principales resultados de la valuación actuarial del Régimen de Jubilaciones y Pensiones, al 31 de diciembre de 2014, de acuerdo con la Norma de Información Financiera D-3	229
Cuadro X.9.	Jubilados y pensionados del Programa IMSS-PROSPERA considerados en la valuación actuarial del Régimen de Jubilaciones y Pensiones, al 31 de diciembre de 2014	231
Cuadro X.10.	Proyecciones 2015-2095 de jubilados y pensionados del Programa IMSS-PROSPERA	232
Cuadro X.11.	Contribuciones y requisitos establecidos para poder otorgar a los trabajadores que se contrataron bajo el Convenio de octubre de 2005 los beneficios de una jubilación por años de servicio o una pensión por edad	233
Cuadro X.12.	Saldo acumulado en la Subcuenta 2 del Fondo Laboral, al 31 de diciembre de 2014	234
Cuadro X.13.	Balance actuarial de la Subcuenta 2 del Fondo Laboral, al 31 de diciembre de 2014	235

Capítulo XI

Cuadro XI.1.	Participantes en la compra consolidada de medicamentos y materiales de curación, 2013-2014	245
Cuadro XI.2.	Compra consolidada	246
Cuadro XI.3.	Obras médicas nuevas concluidas	254
Cuadro XI.4.	Obras médicas iniciadas	255
Cuadro XI.5.	Obras médicas de ampliación y/o remodelación concluidas	255
Cuadro XI.6.	Proyectos de inversión en obra, 2015-2018	256
Cuadro XI.7.	Infraestructura médica por nivel de atención y tipo de unidad, 2013 y 2014	258
Cuadro XI.8.	Unidades médicas de tercer nivel y unidades complementarias, 2014	259
Cuadro XI.9.	Unidades médicas por región, delegación, nivel de atención y tipo de unidad, 2014	260
Cuadro XI.10.	Unidades médicas del Programa IMSS-PROSPERA por región, delegación, nivel de atención y tipo de unidad, 2014	262
Cuadro XI.11.	Unidades no médicas propiedad del IMSS y rentadas por tipo de función, 2013 y 2014	263
Cuadro XI.12.	Número de bienes clasificados por categoría funcional del Régimen Ordinario e IMSS-PROSPERA, al cierre de 2014	265
Cuadro XI.13.	Equipo médico adquirido en 2014 por categoría funcional del Régimen Ordinario e IMSS-PROSPERA	266
Cuadro XI.14.	Trámites y servicios liberados	270

Capítulo XII

Cuadro XII.1.	Nuevo modelo integral de fiscalización	280
Cuadro XII.2.	Digitalización de trámites de alto impacto, 2014	282

Cuadro XII.3.	Trámites de alto impacto a digitalizar y/o simplificar, 2015	284
Cuadro XII.4.	Comparación de indicadores de prevención, productividad y desempeño de los servicios médicos, 2009-2012 vs. 2013-2014	292
Cuadro XII.5.	Programas de mejora de productividad implementados en 2015	293
Cuadro XII.6.	Proyectos de inversión en obra, 2015-2018	294

Índice de Gráficas



Introducción

Gráfica 1.	Uso de Reservas y Fondo Laboral	4
------------	---------------------------------	---

Capítulo I

Gráfica I.1.	Producto Interno Bruto real y trabajadores asegurados afiliados al IMSS, 1995-2015	8
Gráfica I.2.	Distribución de la población en México por grupo de edad, 1970 y 2010	9
Gráfica I.3.	Composición de la población derechohabiente adscrita a médico familiar por grupo de edad, 1992-2014	10
Gráfica I.4.	Crecimiento de consulta externa de Medicina Familiar por grupo de edad, 1986-2014	10
Gráfica I.5.	Defunciones por grupo de edad en el IMSS, 1976-2014	11
Gráfica I.6.	Defunciones por causas seleccionadas, 1976-2014	12
Gráfica I.7.	Participación en el gasto total	19
Gráfica I.8.	Suficiencia Financiera del IMSS, Informes al Ejecutivo de 2011 a 2015	25
Gráfica I.9.	Uso de reservas y Fondo, y Proyecciones 2015	25
Gráfica I.10.	Crecimiento de Trabajadores Asegurados para el periodo 2015-2050, Informes al Ejecutivo 2014 y 2015	26

Capítulo II

Gráfica II.1.	Ingresos propios del IMSS y Meta de la Ley de Ingresos de la Federación, 2012-2014	32
Gráfica II.2.	Producto Interno Bruto real y puestos de trabajo registrados en el IMSS, 1997-2014	33
Gráfica II.3.	Elasticidad entre los puestos de trabajo registrados en el IMSS y el Producto Interno Bruto real, 2004-2014	34
Gráfica II.4.	Elasticidad entre los puestos de trabajo registrados en el IMSS y el Producto Interno Bruto real por sector económico	35
Gráfica II.5.	Distribución de los puestos de trabajo registrados en el IMSS por sector económico, 2014	35

Gráfica II.6.	Elasticidad entre los puestos de trabajo registrados en el IMSS y el Producto Interno Bruto real por tipo de empleo	36
Gráfica II.7.	Elasticidad entre los puestos de trabajo registrados en el IMSS y el Producto Interno Bruto real por rango salarial en número de veces el salario mínimo del Distrito Federal	37
Gráfica II.8.	Distribución de los puestos de trabajo registrados en el IMSS por rango salarial en número de veces el salario mínimo del Distrito Federal, 2014	37
Gráfica II.9.	Elasticidad entre los puestos de trabajo registrados en el IMSS y el Producto Interno Bruto real por rango salarial en número de veces el salario mínimo del Distrito Federal	38
Gráfica II.10.	Distribución de los puestos de trabajo registrados en el IMSS por tamaño de empresa, 2014	38
Gráfica II.11.	Ingresos por fiscalización y cobranza, real y nominal, 2012-2014	45
Gráfica II.12.	Creación de empleo formal, 1997-2014	49
Gráfica II.13.	Estructura del empleo permanente y eventual, 2005-2014	49
Gráfica II.14.	Brecha salarial entre puestos permanentes y eventuales, 2005-2014	50
Gráfica II.15.	Participación de puestos de trabajo por región con respecto al total nacional, 2005-2014	50
Gráfica II.16.	Variación anual de puestos de trabajo por entidad, 2014	51
Gráfica II.17.	Participación de las industrias de la transformación y construcción en la creación de empleo formal cada año, 2011-2015	52
Gráfica II.18.	Distribución de puestos de trabajo por tamaño de registro patronal, 2005-2014	53
Gráfica II.19.	Salario diario de trabajadores asegurados, 2005-2014	54
Gráfica II.20.	Variación anual de trabajadores asegurados por rango salarial en número de veces el salario mínimo del Distrito Federal, 2013 y 2014	55
Gráfica II.21.	Distribución salarial de trabajadores asegurados en número de veces el salario mínimo del Distrito Federal y tamaño de empresa, 2014	55
Gráfica II.22.	Distribución de puestos de trabajo por rango salarial en número de veces el salario mínimo del Distrito Federal y actividad económica, 2014	56
Gráfica II.23.	Salario por región en pesos de 2014 y número de veces el salario mínimo del Distrito Federal, 2005-2014	58
Gráfica II.24.	Variación anual del salario real de asegurados trabajadores por entidad, 2014	59
Gráfica II.25.	Estudiantes afiliados al IMSS, 2000-2014	59
Gráfica II.26.	Pensionados, 2005-2014	61
Gráfica II.27.	Población derechohabiente potencial y adscritos al IMSS, sin IMSS-PROSPERA, 2005-2014	63
Gráfica II.28.	Población derechohabiente al IMSS, total, adscrita y con el dato de la CURP, sin IMSS-PROSPERA, 2011-2015	64
Gráfica II.29.	Población total, derechohabiente y adscrita, sin IMSS-PROSPERA, 2005-2014	65

Capítulo III

Gráfica III.1.	Eventos que generan prestaciones en dinero en el Seguro de Riesgos de Trabajo	70
Gráfica III.2.	Porcentaje de expedición electrónica en el primer nivel de atención, 2012-2014	74
Gráfica III.3.	Certificados y días de incapacidad del Seguro de Riesgos de Trabajo, 2006-2014	74
Gráfica III.4.	Gasto en subsidios por riesgos de trabajo, 2006-2014	75
Gráfica III.5.	Pensiones provisionales vigentes y gasto, 2006-2014	77
Gráfica III.6.	Pensiones definitivas vigentes y gasto en el Seguro de Riesgos de Trabajo por la Ley de 1973, 2006-2014	77
Gráfica III.7.	Rentas vitalicias y sumas aseguradas del Seguro de Riesgos de Trabajo, 2006-2014	78
Gráfica III.8.	Nuevo esquema de rentas vitalicias, 2014	79
Gráfica III.9.	Indemnizaciones globales y gasto erogado, 2006-2014	80
Gráfica III.10.	Prima de gasto y prima media nivelada del Seguro de Riesgos de Trabajo a 100 años como porcentaje del salario base de cotización	88
Gráfica III.11.	Financiamiento de los montos constitutivos por los saldos acumulados en las cuentas individuales, Seguro de Riesgos de Trabajo	88

Capítulo IV

Gráfica IV.1.	Eventos que generan prestaciones en dinero en el Seguro de Invalidez y Vida	96
Gráfica IV.2.	Porcentaje de expedición electrónica primer nivel de atención, 2012-2014	99
Gráfica IV.3.	Certificados y días de incapacidad del Seguro de Invalidez y Vida, 2006-2014	100
Gráfica IV.4.	Gasto en subsidios por enfermedad general, 2006-2014	100
Gráfica IV.5.	Pensiones temporales vigentes y gasto, 2006-2014	101
Gráfica IV.6.	Pensiones definitivas vigentes y gasto en el Seguro de Invalidez y Vida por Ley del Seguro Social de 1973, 2006-2014	102
Gráfica IV.7.	Rentas vitalicias y sumas aseguradas del Seguro de Invalidez y Vida, 2006-2014	104
Gráfica IV.8.	Nuevo esquema de rentas vitalicias	104
Gráfica IV.9.	Prima de gasto y prima media nivelada del Seguro de Invalidez y Vida a 100 años	113
Gráfica IV.10.	Financiamiento de los montos constitutivos por los saldos acumulados en las cuentas individuales, Seguro de Invalidez y Vida	113

Capítulo V

Gráfica V.1.	Prima de reparto, de contribución y media nivelada del Seguro de Enfermedades y Maternidad, 2015-2050	127
Gráfica V.2.	Prima de reparto, de contribución y media nivelada de la cobertura de Asegurados del Seguro de Enfermedades y Maternidad, 2015-2050	129
Gráfica V.3.	Prima de reparto, de contribución y media nivelada de la cobertura de Gastos Médicos de Pensionados del Seguro de Enfermedades y Maternidad, 2015-2050	131

Gráfica V.4.	Principales problemas de salud, según Años de Vida Saludable Perdidos por Muerte Prematura y por Discapacidad en derechohabientes del IMSS, 2010	132
Gráfica V.5.	Número de derechohabientes que recibieron revisión anual PREVENIMSS, 2006-2014	135
Gráfica V.6.	Tendencia de obesidad en niños, 2006-2014	136
Gráfica V.7.	Productividad en Unidades Médicas de Atención Ambulatoria comparativo 2013-2014	139
Gráfica V.8.	Razón de muerte materna, 2002-2014	141
Gráfica V.9.	Tendencia de la mortalidad perinatal en el IMSS	142
Gráfica V.10.	Número de detecciones de enfermedades crónicas no transmisibles, 2006-2014	144
Gráfica V.11.	Tendencias de mortalidad por diabetes mellitus y enfermedades cardiovasculares, en derechohabientes y no derechohabientes del IMSS, 1998-2014	145
Gráfica V.12.	Tendencias de mortalidad por cáncer cérvico-uterino y cáncer de mama, en derechohabientes y no derechohabientes del IMSS, 1998-2014	145
Gráfica V.13.	Tendencias de mortalidad por SIDA, en derechohabientes y no derechohabientes del IMSS, 1998-2014	146
Gráfica V.14.	Implementación del Código Infarto	147
Gráfica V.15.	Cambios en la mortalidad temprana con la implementación del Código Infarto en el Centro Médico Nacional "Siglo XXI"	148
Gráfica V.16.	Número de defunciones y tasa de mortalidad por tumores malignos, IMSS 2005-2013	149
Gráfica V.17.	Incremento en trasplantes en el IMSS, 2012 a 2014	151
Gráfica V.18.	Cursos de educación continua y número de asistentes	152

Capítulo VI

Gráfica VI.1.	Tasas de participación laboral por sexo, 1970-2014	161
Gráfica VI.2.	Población usuaria anual de los Centros Vacacionales, 2006-2014	167

Capítulo VII

Gráfica VII.1.	Asegurados al Seguro de Salud para la Familia, a diciembre de cada año, 2007-2014	175
Gráfica VII.2.	Comparativo de la distribución de la población afiliada al Seguro de Salud para la Familia respecto a la del Seguro de Enfermedades y Maternidad, en 2014	176
Gráfica VII.3.	Cuotas anuales y gasto por asegurado en los seguros de Salud para la Familia, de Enfermedades y Maternidad y en un esquema de aseguramiento privado	177

Capítulo VIII

Gráfica VIII.1.	Organización de los recursos humanos en IMSS-PROSPERA	181
Gráfica VIII.2.	Cobertura del Programa IMSS-PROSPERA 2014	182

Gráfica VIII.3.	Egresos hospitalarios e intervenciones quirúrgicas, 2007-2014	183
Gráfica VIII.4.	Inversión física 2010-2014	185
Gráfica VIII.5.	Presupuesto 2008-2014	185
Gráfica VIII.6.	Prevalencia de desnutrición en niños de 5 años (ámbito rural), 2004-2014	191
Gráfica VIII.7.	Mortalidad infantil (menor de 1 año) IMSS-PROSPERA, 1990-2014	192
Gráfica VIII.8.	Mortalidad en el menor de 5 años IMSS-PROSPERA, 1990-2014	192
Gráfica VIII.9.	Tendencia de la razón de muerte materna IMSS-PROSPERA, 2007-2014	193
Gráfica VIII.10.	Partos atendidos por parteras	195
Gráfica VIII.11.	Transición epidemiológica Reducción de la mortalidad por causas transmisibles	197
Gráfica VIII.12.	Fiebre por dengue, casos confirmados Programa IMSS-PROSPERA, 2000-2014	197
Gráfica VIII.13.	Fiebre hemorrágica por dengue, casos confirmados Programa IMSS-PROSPERA, 2000-2014	198
Gráfica VIII.14.	Cobertura de detección de cáncer cérvico-uterino, 2007-2014	200
Gráfica VIII.15.	Encuentros Médico-Quirúrgicos efectuados, 2012-2014	201

Capítulo IX

Gráfica IX.1.	Estructura de las reservas y Fondo Laboral del IMSS, de acuerdo con la Ley del Seguro Social	204
Gráfica IX.2.	Evolución del saldo de las reservas y Fondo Laboral, 1998-2014	208
Gráfica IX.3.	Evolución del saldo de la Subcuenta 2 del Fondo Laboral, 2006-2014	208

Capítulo X

Gráfica X.1.	Proyección del número de trabajadores y pensionados	225
Gráfica X.2.	Flujo de gasto anual del Régimen de Jubilaciones y Pensiones, total y a cargo del IMSS-Patrón	226
Gráfica X.3.	Distribución de valor presente de obligaciones totales del Régimen de Jubilaciones y Pensiones, al 31 de diciembre de 2014	228
Gráfica X.4.	Estimación de las aportaciones anuales de los trabajadores y de los pagos anuales por pensiones y jubilaciones	235
Gráfica X.5.	Asuntos en trámite por tipo de proceso, a diciembre de 2014	236
Gráfica X.6.	Laudos favorables en primera instancia, pasivo contingente, diciembre de 2012 y diciembre de 2014	238
Gráfica X.7.	Juicios laborales ganados, en la gestión 2012, 2013, 2014, pasivo contingente	238
Gráfica X.8.	Pasivos contingentes en juicios fiscales y administrativos, diciembre de 2012 a diciembre de 2014	240
Gráfica X.9.	Quejas ante la Comisión Nacional de los Derechos Humanos notificadas al IMSS, diciembre de 2012 a diciembre de 2014	241
Gráfica X.10.	Juicios civiles, mercantiles y procedimientos especiales concluidos favorables, pasivo contingente, diciembre de 2013 a diciembre de 2014	242

Capítulo XI

Gráfica XI.1.	Logros de la compra consolidada para vacunas, medicamentos y material de curación, 2014	247
Gráfica XI.2.	Quejas por desabasto en el primer nivel de atención en el Distrito Federal	249
Gráfica XI.3.	Evolución de los estudios de laboratorio, ambulatorios y hospitalarios, 2007-2014	251
Gráfica XI.4.	Importe de las altas de mobiliario y equipo médico del Régimen Ordinario, 2003-2014	265
Gráfica XI.5.	Arquitectura de IMSS Digital	267
Gráfica XI.6.	Eventos de atención no presenciales	269
Gráfica XI.7.	Trámites y pagos por Internet	270
Gráfica XI.8.	Operación de Acceder Unificado	272

Capítulo XII

Gráfica XII.1.	Uso de Reservas y Fondo Laboral	277
Gráfica XII.2.	Producto Interno Bruto real y puestos de trabajo registrados en el IMSS, 1997-2014	279
Gráfica XII.3.	Elasticidad entre los puestos de trabajo registrados en el IMSS y el Producto Interno Bruto real, 2004-2014	279
Gráfica XII.4.	Logros de la compra consolidada para vacunas, medicamentos y material de curación, 2014	287
Gráfica XII.5.	Quejas por desabasto en el primer nivel de atención en el Distrito Federal	288
Gráfica XII.6.	Cambio por categoría de peso y tiempo de permanencia en guarderías, niñas y niños de 2 a 5 años	289
Gráfica XII.7.	Crecimiento ponderado de la población adscrita a médico familiar y perfil de gasto por grupo de edad, derechohabientes adscritos a unidad	291
Gráfica XII.8.	Mortalidad por enfermedades crónicas no transmisibles, 1998-2014	296
Gráfica XII.9.	Número de derechohabientes que recibieron revisión anual PREVENIMSS, 2006-2014	297
Gráfica XII.10.	Implementación del Código Infarto	298



1. Informe de los Auditores Independientes

**A la Secretaría de la Función Pública
A la H. Asamblea General
Al H. Consejo Técnico
A la H. Comisión de Vigilancia del
Instituto Mexicano del Seguro Social
Organismo Público Descentralizado integrante del Sector
Paraestatal de la Administración Pública Federal**

Hemos auditado los estados financieros adjuntos del Instituto Mexicano del Seguro Social (el Instituto), Organismo Público Descentralizado integrante del Sector Paraestatal de la Administración Pública Federal, que comprenden los estados de situación financiera, los estados analíticos del activo, los estados analíticos de la deuda, otros pasivos e informe sobre pasivos contingentes, al 31 de diciembre de 2014, y los estados de actividades, de variaciones en el patrimonio, de flujos de efectivo y de cambios en la situación financiera, correspondientes al año terminado en dicha fecha, así como un resumen de las políticas contables significativas y otra información explicativa. Los estados financieros han sido preparados por la administración del Instituto de conformidad con las disposiciones en materia de información financiera que se indican en las Notas 37 y 38 a los estados financieros que se acompañan y que están establecidas en la Ley General de Contabilidad Gubernamental, por el Consejo Nacional de Armonización Contable, en la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria y su Reglamento, y en las Normas de Información Financiera Gubernamental General para el Sector Paraestatal, emitidas por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público y en el Manual de Contabilidad Gubernamental para el Sector Paraestatal Federal emitido por la Unidad de Contabilidad Gubernamental de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.

Responsabilidad de la administración del Instituto en relación con los estados financieros

La administración del Instituto es responsable de la preparación de los estados financieros adjuntos de conformidad con las reglas contables indicadas en el párrafo anterior y que se mencionan en la Nota 38 a los estados financieros que se acompañan, y del control interno que la administración consideró necesario para permitir la preparación de estos estados financieros libres de desviación importante, debido a fraude o error.

Responsabilidad del auditor

Nuestra responsabilidad es expresar una opinión sobre los estados financieros adjuntos basada en nuestra auditoría. Hemos llevado a cabo nuestra auditoría de conformidad con las Normas Internacionales de Auditoría. Dichas normas exigen que cumplamos los requerimientos de ética, así como que planeemos y ejecutemos la auditoría con el fin de obtener una seguridad razonable sobre si los estados financieros están libres de desviación importante.

Una auditoría conlleva la aplicación de procedimientos para obtener evidencia de auditoría sobre los importes y la información revelada en los estados financieros. Los procedimientos seleccionados dependen del juicio del auditor, incluida la evaluación de los riesgos de desviación importante en los estados financieros, debido a fraude o error. Al efectuar dicha evaluación del riesgo, el auditor tiene en cuenta el control interno relevante para la preparación de los estados financieros por parte de la administración del Instituto, con el fin de diseñar los procedimientos de auditoría que sean adecuados en función de las circunstancias, y no con la finalidad de expresar una opinión sobre la eficacia del control interno del Instituto. Una auditoría también incluye la evaluación de la adecuación de las políticas contables aplicadas y de la razonabilidad de las estimaciones contables realizadas por la administración, así como la evaluación de la presentación de los estados financieros en su conjunto.

Consideramos que la evidencia de auditoría que hemos obtenido en nuestra auditoría proporciona una base suficiente y adecuada para emitir nuestra opinión de auditoría.

Opinión

En nuestra opinión, los estados financieros adjuntos del Instituto Mexicano del Seguro Social, Organismo Público Descentralizado integrante del Sector Paraestatal de la Administración Pública Federal, mencionados en el primer párrafo de este informe, al 31 de diciembre de 2014, y por el año terminado en esa fecha, han sido preparados, en todos los aspectos importantes, de conformidad con las disposiciones en materia de información financiera que se mencionan en las Notas 37 y 38 a los estados financieros adjuntos.

Párrafos de énfasis

1. Sin que ello tenga efecto en nuestra opinión, llamamos la atención sobre la Nota 34 a los estados financieros, referente al Informe sobre la Situación Financiera y los Riesgos del Instituto 2009-2010 presentado al Ejecutivo Federal y al Congreso en junio de 2010, destacaba en sus proyecciones de corto plazo que aun con el uso del Fondo Laboral y las reservas, el IMSS dejaría de ser autosustentable financieramente a partir de 2014. En 2013, primer año de esta Administración, se llevó a cabo un importante esfuerzo de saneamiento financiero que se vio reflejado en una reducción del uso de reservas de 24,568 millones de pesos en 2012 a 11,588 millones de pesos en 2013, es decir, menos de la mitad respecto al uso en 2012. Este esfuerzo se llevó a cabo a través de las siguientes tres estrategias: mejorar la productividad y la eficiencia en los servicios; fortalecer la transparencia en los procesos de compra a fin de lograr las mejores condiciones de precio y calidad para el Instituto; y, fomentar el cumplimiento de obligaciones de todos los actores del Instituto: administración, trabajadores, patrones y derechohabientes.

Algunas de las principales medidas que se llevaron a cabo durante el 2013 fueron: implementación de una estrategia integral para eliminar las compras emergentes de medicamentos y de un programa para reducir los niveles de inventario de medicamentos; se realizó la compra consolidada de medicamentos más grande de la historia del Sector Público de nuestro país; se inició un proceso de cambio estructural en la subrogación de servicios integrales; se introdujo la receta resurtible; se logró la reducción de trámites en materia de incorporación y recaudación de 56 a 25; se puso en marcha el Sistema de Pago



Referenciado (SIPARE); se inició el proceso de digitalización de los 10 trámites de más alto impacto; se implementó un programa de austeridad y eficiencia administrativa (sustituir la compra de vehículos por el arrendamiento de los mismos, racionalización y revisión de las rentas de inmuebles, etcétera); y, la racionalización de los servicios de personal, privilegiando la contratación de médicos especialistas, enfermeras y paramédicos.

2. Base de preparación contable y utilización de este Informe

Sin que ello tenga efecto en nuestra opinión, llamamos la atención sobre las Notas 37 y 38 a los estados financieros adjuntos, en la que se describen las bases contables utilizadas para la preparación de los mismos. Dichos estados financieros fueron preparados para cumplir con los requerimientos normativos gubernamentales a que está sujeto el Instituto y para ser integrados en el Reporte de la Cuenta de la Hacienda Pública Federal, los cuales están presentados en los formatos que para tal efecto fueron establecidos por la Unidad de Contabilidad Gubernamental de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público; consecuentemente, estos pueden no ser apropiados para otra finalidad.

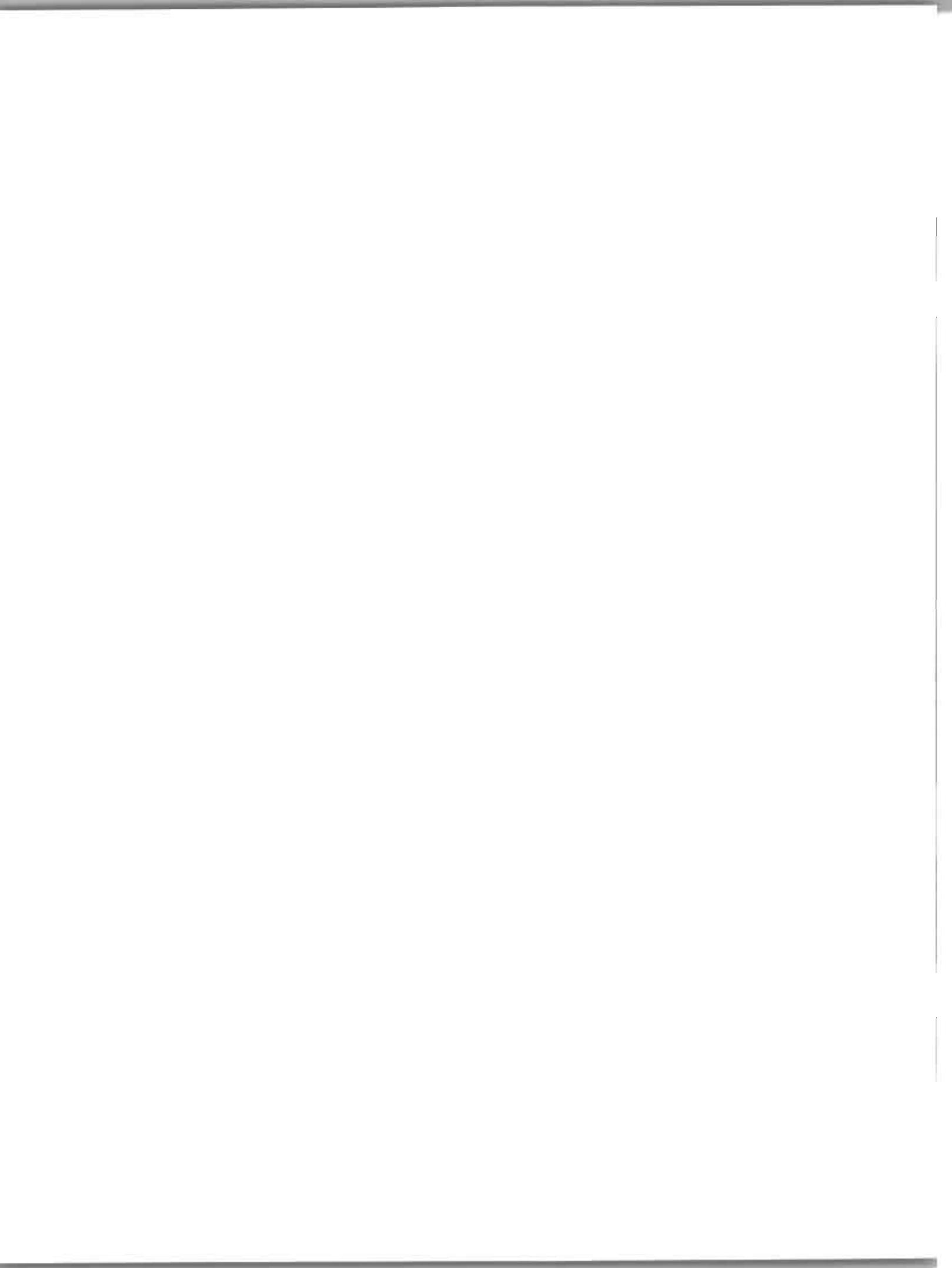
Otras cuestiones

Los estados financieros del Instituto Mexicano del Seguro Social, Organismo Público Descentralizado integrante del Sector Paraestatal de la Administración Pública Federal, correspondientes al ejercicio terminado el 31 de diciembre de 2013, fueron auditados por otros auditores, quienes expresaron una opinión sin salvedades el 12 de marzo de 2014.

GOSSLER S.C.

DIEGO CARLOS NIETO SÁNCHEZ
Contador Público Certificado

México, D.F.
Marzo 6, 2015





México, D.F. a 25 de mayo de 2015

**Instituto Mexicano del Seguro Social
Gobernador Tiburcio Montiel No 15, 4° piso,
Col. San Miguel Chapultepec, C.P. 11850
México, D.F.**

Por este medio presentamos nuestra Certificación Actuarial de la Auditoría Anual a la Valuación Financiera y Actuarial del Instituto Mexicano del Seguro Social al 31 de diciembre de 2014, cuyos objetivos han sido verificar lo siguiente:

- i) Que los resultados de las valuaciones actuariales al 31 de diciembre de 2014 realizadas por el IMSS para evaluar la suficiencia financiera de los seguros de Riesgos de Trabajo (SRT) e Invalidez y Vida (SIV), sean confiables y razonables y se hayan determinado conforme a las técnicas y metodologías generalmente aceptadas; y
- ii) Que las proyecciones financieras de corto, mediano y largo plazo de ingresos, gastos, y déficit o superávit realizadas por el IMSS para determinar su situación financiera consolidada, así como la situación financiera de los seguros que no se valúan actuarialmente (cobertura de asegurados del SEM; Seguro de Guarderías y Prestaciones Sociales, SGPS; y Seguro de Salud para la Familia, SSFAM) sean confiables y razonables y se hayan determinado conforme a las técnicas y metodologías generalmente aceptadas.

Para medir la confiabilidad de los resultados que se obtienen con el Modelo Actuarial de Largo Plazo, nuestra Firma desarrolló una serie de actividades, las cuales se resumen a continuación:

- 1) Análisis de la metodología aplicada por el IMSS para llevar a cabo las proyecciones de recursos, la cual se encuentra expresada en las notas técnicas de cada uno de los seguros valuados.
- 2) Dichas metodologías se compararon con estándares de cálculo actuarial generalmente aceptados.
- 3) Se determinó que el esquema de cobro de cuotas, así como el pago de obligaciones expresado en las notas técnicas, fuera acorde con los beneficios establecidos en la Ley del Seguro Social.



- 4) Se revisó la consistencia de la información proporcionada por el Instituto, las bases biométricas, hipótesis financieras, así como cálculos promedio de cuentas individuales, composiciones familiares, fueran acordes con la realidad observada en la Institución.
- 5) Lockton replicó los modelos de valuación de los seguros de invalidez y vida y de riesgos de trabajo; se definieron comparativos entre los resultados obtenidos por el Instituto y los obtenidos por nuestra Firma.
- 6) No se encontraron diferencias en el comparativo de resultados obtenidos por Lockton vs los obtenidos por el Instituto.

Por lo que hace al Modelo Financiero de Corto Plazo, proyecta para un periodo de seis años el flujo de efectivo del IMSS, este modelo está basado en un método de tendencias históricas. Dichas tendencias son diferenciadas para cada uno de los grandes rubros que integran los ingresos y los egresos.

Nuestra Firma analizó el comportamiento que ha tenido en los últimos años el flujo de efectivo de ingresos y egresos del Instituto, así como el presupuesto para el año 2015 y los supuestos empleados para proyectar su evolución en el período 2015 – 2020, se considera que los supuestos adoptados son adecuados, al igual que los resultados obtenidos.

En cuanto al Modelo Integral Financiero y Actuarial de Largo Plazo, la auditoría practicada permitió concluir que son razonables y adecuadas las hipótesis con las que se proyectaron los ingresos y egresos por rubro, para el periodo 2016-2050, y en consecuencia también son adecuados los resultados obtenidos, los cuales se revisaron para cada uno de los Seguros administrados por el Instituto.

Por todo lo anteriormente expuesto, certificamos:

- i. La información, los supuestos y la metodología utilizados en el Modelo Actuarial de Largo Plazo, son acordes con la evolución esperada en el largo plazo de las obligaciones e ingresos esperados en el Seguro de Riesgos de Trabajo, del Seguro de Invalidez y Vida.

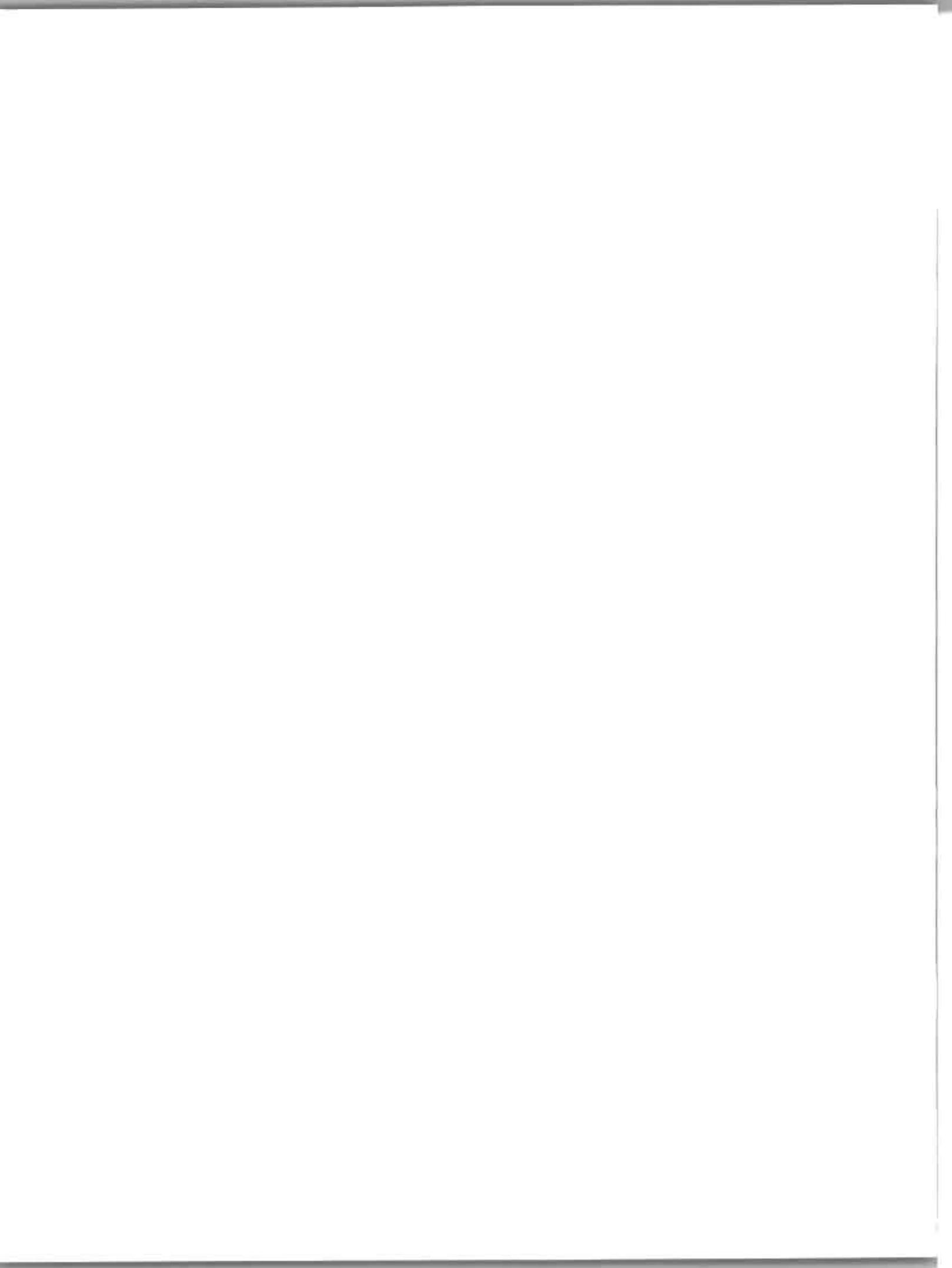


- ii. El Modelo Financiero de Corto Plazo y en el Modelo Integral Financiero y Actuarial de Largo Plazo, proyectan la situación financiera del IMSS, son consistentes con la experiencia que ha tenido el Instituto en los últimos años.
- iii. Las metodologías de cálculo utilizadas están basadas en la técnica actuarial, generalmente aceptada.
- iv. El Modelo Actuarial de Largo Plazo, en nuestra opinión y a nuestro leal saber y entender, presenta razonablemente la situación financiera en el corto, el mediano y el largo plazo de los seguros de Seguro de Riesgos de Trabajo, del Seguro de Invalidez y Vida.
- v. El Modelo Financiero de Corto Plazo y el Modelo Integral Financiero y Actuarial de Largo Plazo reflejan razonablemente la situación financiera del Instituto Mexicano del Seguro Social para el período que abarcan sus proyecciones.

Agradeciendo la confianza depositada en nosotros para el desarrollo de este trabajo, quedamos como siempre a sus apreciables órdenes.

Atentamente,

Act. Marcela Flores Quiroz
Cédula Profesional No. 1280075
Perito Valuador de Pasivos
Contingentes No. 049-1280075



Certificación

Instituto Mexicano del Seguro Social
Gobernador Tiburcio Montiel No 15, 4° Piso,
Col. San Miguel Chapultepec, C.P. 11850
México, D.F.

Con base a lo establecido en el Contrato No P5M0047, certificamos que hemos efectuado la Valuación Actuarial del Régimen de Jubilaciones y Pensiones (RJP) y de la Prima de Antigüedad e Indemnizaciones de los trabajadores del Instituto Mexicano del Seguro Social bajo la Norma de Información Financiera D-3 (NIF D-3) "Beneficios a los Empleados", al 31 de diciembre de 2014. Con base en nuestra revisión de la información, consideramos que es razonablemente completa y confiable y que resulta apropiada para los propósitos que aquí se persiguen.

En nuestra opinión, las hipótesis utilizadas en esta valuación son apropiadas, reflejando la mejor estimación de manera individual e independiente de cada evento. El método utilizado en esta valuación es consistente con los principios y prácticas actuariales generalmente aceptadas.

Al realizar este trabajo nos apegamos estrictamente al Código de Ética del Gremio Actuarial, al Boletín de Observancia Obligatoria para la Valuación Actuarial de Pasivos Contingentes y a las Guías Actuariales del Colegio Nacional de Actuarios, A.C. y de la Asociación Mexicana de Actuarios Consultores, A.C. Dejamos debidamente asentado que no hay ningún elemento que impida o parezca impedir la objetividad, el proceso científico y las conclusiones de nuestro trabajo.

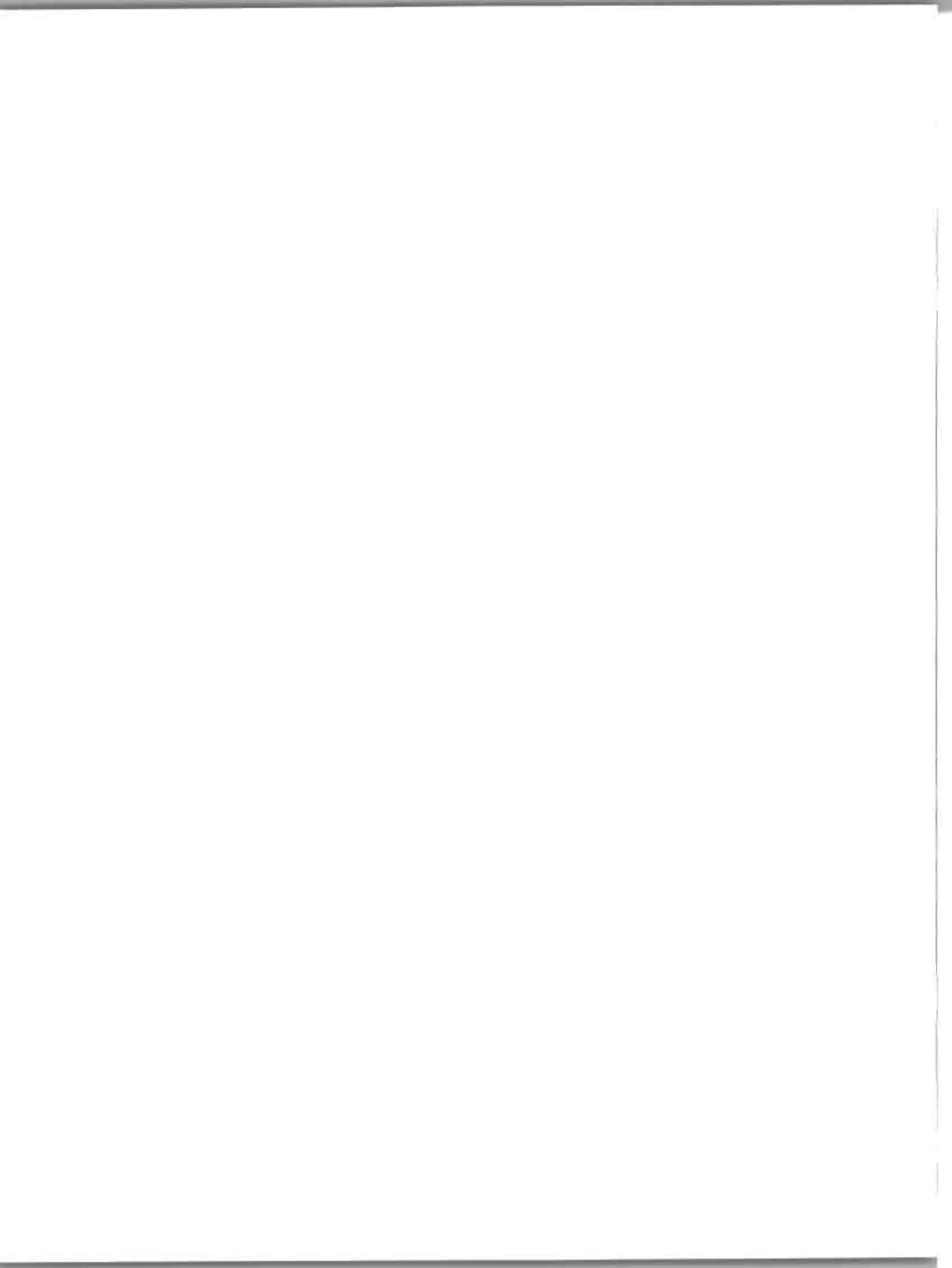
Consecuentemente, la información como se presenta en este reporte actuarial para efectos contables revela en forma completa y justa la situación actuarial de los planes considerados.

Asimismo, es importante mencionar que los cálculos fueron elaborados por actuarios independientes al Instituto Mexicano del Seguro Social.

Atentamente



Act. Patricia Barra Ochoa
Director de Consultoría en Retiro
Cédula Profesional No.1938621
Perito Valuador de Pasivos Contingentes No. 060-1938621
Actuario Dictaminador de Planes de Pensiones ante la CONSAR
CNSAR/VJ/DGNC/DGACLI/RA/038/2000/R-2012





25 de Mayo de 2015

**Instituto Mexicano del Seguro Social
Gobernador Tiburcio Montiel No 15, 4° piso,
Col. San Miguel Chapultepec, C.P. 11850
México, D.F.**

De acuerdo con el Contrato de Prestación de Servicios Profesionales de Consultoría Actuarial No. P5M0049, celebrado entre Instituto Mexicano del Seguro Social y nuestra Firma el 31 diciembre de 2014, me permito señalar lo siguiente en relación al “Estudio Actuarial para Medir la Suficiencia Financiera de la Subcuenta 2 del Fondo para el Cumplimiento de Obligaciones Laborales de Carácter Legal o Contractual, al 31 de diciembre de 2014”.

El estudio actuarial en referencia fue realizado con base en la información proporcionada por el IMSS, con respecto a: i) Los trabajadores contratados bajo las condiciones del “Convenio Adicional para las Jubilaciones y Pensiones de los Trabajadores de Base de Nuevo Ingreso”, firmado el 14 de octubre de 2005 entre el Instituto en su calidad de patrón y el Sindicato Nacional de Trabajadores del Seguro Social; ii) los trabajadores que aportan a la subcuenta 2 del Fondo para el Cumplimiento de Obligaciones Laborales de Carácter Legal o Contractual; iii) Los pensionados en curso de pago que se tienen al cierre de 2014; y, iv) el saldo de los recursos acumulados en la subcuenta 2 del Fondo al 31 de diciembre de 2014. En adición a lo anterior se tomaron en cuenta las disposiciones establecidas en los artículos 277 D y 286 K de la Ley del Seguro Social, conforme a la reforma del 11 de agosto de 2004 a ese ordenamiento.

Los elementos que se consideran en el estudio para determinar la suficiencia financiera de la Subcuenta 2 del fondo son los siguientes:

- Saldo acumulado en la subcuenta 2 del fondo al 31 de diciembre de 2014, considerando los rendimientos generados a esa fecha.
- Estimación de las aportaciones futuras que realizarán a dicha subcuenta los trabajadores en activo, y
- Estimación de las obligaciones por pensiones complementarias provenientes de los trabajadores contratados en términos del Convenio en cuestión.

El estudio no certifica el detalle mensual de las aportaciones realizadas a diciembre de 2014, debido a que nuestra Firma no contó con las nóminas mensuales en donde se registran los descuentos aplicados para el fondeo de las jubilaciones y pensiones de las contrataciones realizadas bajo dicho Convenio.

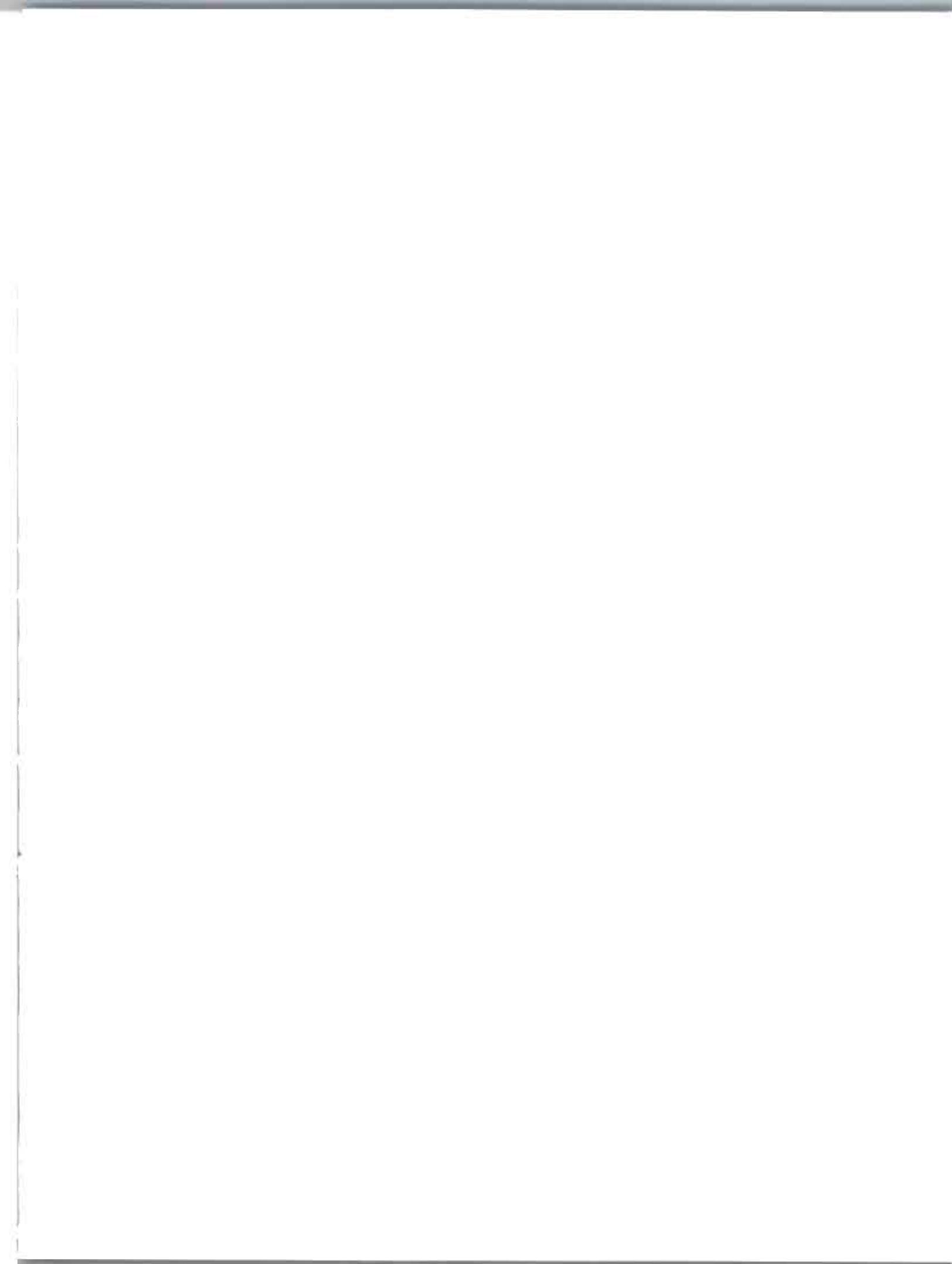
En la determinación de las hipótesis y supuestos, y en la proyección de los recursos para cubrir plenamente las obligaciones se actuó con objetividad, sin que existiera impedimento alguno y/o relación que modificara los resultados del dictamen.



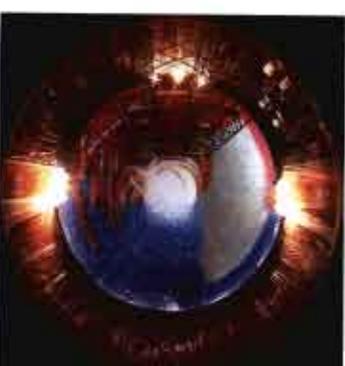
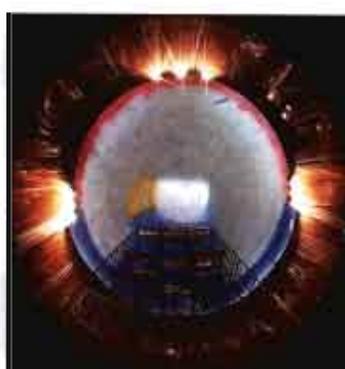
De acuerdo con lo anterior, certifico que el valor presente de las obligaciones totales por pensiones complementarias que se estima para la población valuada con derechos bajo el mencionado Convenio, integrada por 260 pensionados en curso de pago y por 42,133 trabajadores, se encuentra plenamente financiado con el saldo acumulado en la Subcuenta 2 a la fecha de valuación, más el valor presente de las aportaciones futuras de los trabajadores que aportan a dicha subcuenta. Lo anterior, con base en los supuestos de cálculo adoptados y la tasa de descuento del 3.7% real fijada por el IMSS como meta promedio anual de rendimiento de los recursos que se vayan acumulando en la referida Subcuenta 2.

Atentamente,

Act. Marcela Flores Quiroz
Cedula Profesional No. 1280075
Perito Valuador Pasivos
Contingentes No. 049-1280075



Se terminó de imprimir y encuadernar en el mes de junio de 2015 en
Contacto Punto de Venta, S.A. de C.V.
1ª. Cerrada de San José No. 39, Col. Olivar de los Padres, C.P. 01780, México, D.F.
Tel. 55 95 23 32
La edición consta de 10 ejemplares.
El diseño y cuidado de la edición estuvieron a cargo de la
Coordinación de Comunicación Social del Instituto Mexicano del Seguro Social.



IMSS

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

