



"Año del Centenario de la Promulgación de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos"

Ciudad de México a 27 de junio de 2017.

Oficio N° 0952170500/0136

RECIBIDO
27 JUN 29 AM 11:45
CAMARA DE SENADORES
SECRETARIA DE LA CLDE
SERVICIOS DE ALANUCO/CAHIF
005951

Senador

Pablo Escudero Morales

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

En cumplimiento a lo dispuesto por los artículos 268, fracción XI y 273 de la Ley del Seguro Social, 66, fracción XVI del Reglamento Interior del Instituto Mexicano del Seguro Social, así como el acuerdo ACDO.AS3.HCT.310517/103.P.DF, de fecha 31 de mayo de 2017, del H. Consejo Técnico del Instituto, le presento el **"Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión sobre la situación financiera y los riesgos del Instituto Mexicano del Seguro Social 2016-2017"**.

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.

Sin más por el momento, aprovecho la ocasión para enviarle un cordial saludo.

Atentamente,
El Director General


Mikel Andoni Arriola Peñalosa

RECIBIDO
27 JUN 29 AM 11:16
CAMARA DE SENADORES
SECRETARIA DE LA CLDE
SERVICIOS DE ALANUCO/CAHIF
019150

c.c.p.

Lic. Felipe Solís Acero.-Subsecretario de Enlace Legislativo y Acuerdos Políticos de la Secretaría de Gobernación.- Presente.

Dip. María Guadalupe Murguía Gutiérrez.- Presidenta de la Mesa Directiva de la H. Cámara de Diputados.- Presente.

Lic. María Elena Reyna Ríos.-Directora de Finanzas del IMSS.- Presente.

Lic. Antonio Grimaldo Monroy.-Director de Vinculación Institucional y Evaluación de Delegaciones del IMSS.- Presente.



INFORME 2016 2017

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

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

2016-2017

**INFORME AL EJECUTIVO FEDERAL
Y AL CONGRESO DE LA UNIÓN SOBRE
LA SITUACIÓN FINANCIERA Y LOS RIESGOS
DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
2016-2017**

Primera edición, 2017.

Instituto Mexicano del Seguro Social
Reforma No. 476, Col. Juárez
06600, Ciudad de México.

Impreso y hecho en México.

Portada

Obra: "El aire es vida, 1958".

Autor: Luis Nishizawa.

Centro Médico Nacional "Siglo XXI", vestíbulo.

Patrimonio Artístico del IMSS.

El Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión sobre la Situación Financiera y los Riesgos del Instituto Mexicano del Seguro Social 2016-2017 puede recuperarse parcial o totalmente en la siguiente dirección de Internet: <http://www.imss.gob.mx>



INFORME 2016 2017

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

MÉXICO
GOBIERNO DE LA REPÚBLICA



DIRECTOR GENERAL

Mikel Andoni Arriola Peñalosa

SECRETARÍA GENERAL

Juan Carlos Velasco Pérez

DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS

José de Jesús Arriaga Dávila

DIRECCIÓN DE PRESTACIONES ECONÓMICAS Y SOCIALES

Igor Oswaldo Rosette Valencia

DIRECCIÓN DE INCORPORACIÓN Y RECAUDACIÓN

Tuffic Miguel Ortega

DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN

Armando David Palacios Hernández

DIRECCIÓN DE FINANZAS

María Elena Reyna Ríos

DIRECCIÓN DE INNOVACIÓN Y DESARROLLO TECNOLÓGICO

Pedro Valencia Santiago

DIRECCIÓN DE VINCULACIÓN INSTITUCIONAL Y EVALUACIÓN DE DELEGACIONES

Patricio Enrique Caso Prado

DIRECCIÓN JURÍDICA

Manuel Gerardo Mac Farland González

DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA INSTITUCIONAL

Ricardo Humberto Cavazos Cepeda

ÓRGANO INTERNO DE CONTROL

Marco Antonio Andrade Silva

UNIDAD DEL PROGRAMA IMSS-PROSPERA

Frinné Azuara Yarzabal

UNIDAD DE COMUNICACIÓN SOCIAL

Isidro Chávez Castillo

H. CONSEJO TÉCNICO

REPRESENTANTES PROPIETARIOS DEL EJECUTIVO FEDERAL

- SECRETARÍA DEL TRABAJO Y PREVISIÓN SOCIAL
Lic. Alfonso Navarrete Prida
- SECRETARÍA DE SALUD
Dr. José Ramón Narro Robles
- SECRETARÍA DE HACIENDA Y CRÉDITO PÚBLICO
Dr. José Antonio Meade Kuribreña

REPRESENTANTES PROPIETARIOS DEL SECTOR OBRERO

- CONFEDERACIÓN DE TRABAJADORES DE MÉXICO (CTM)
Sr. José Luis Carazo Preciado
- CONFEDERACIÓN REGIONAL OBRERA MEXICANA (CROM)
Mtro. Rodolfo Gerardo González Guzmán
- CONFEDERACIÓN REVOLUCIONARIA DE OBREROS Y CAMPESINOS (CROC)
Sr. José Noé Mario Moreno Carbajal
- SINDICATO NACIONAL DE TRABAJADORES MINEROS, METALÚRGICOS Y SIMILARES DE LA REPÚBLICA MEXICANA (SNTMMSRM)
Sr. Constantino Romero González

REPRESENTANTES PROPIETARIOS DEL SECTOR PATRONAL

- CONFEDERACIÓN DE CÁMARAS INDUSTRIALES DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS (CONCAMIN)
Lic. Manuel Jesús Herrera Vega
- CONFEDERACIÓN DE CÁMARAS INDUSTRIALES (CONCAMIN)
Lic. Raúl Rodríguez Márquez
- CONFEDERACIÓN DE CÁMARAS INDUSTRIALES (CONCAMIN)
Lic. Alejandro Martínez Gallardo y de Pourtales
- CONFEDERACIÓN DE CÁMARAS NACIONALES DE COMERCIO, SERVICIOS Y TURISMO (CONCANACO-SERVYTUR)
Ing. Enrique Solana Senties

Índice



Siglas y Acrónimos	XIII
Presentación	XV
Introducción	1
Capítulo I. Entorno y Situación Financiera General	7
I.1. Entorno	7
I.1.1. Transiciones demográfica y epidemiológica	8
I.1.2. Contexto económico	10
I.2. Situación financiera general	12
I.2.1. Estado de actividades	12
I.2.2. Estado de situación financiera	16
I.2.3. Proyecciones financieras de corto plazo	19
I.2.4. Proyecciones financieras de largo plazo	27
Capítulo II. Ingresos y Aseguramiento en el IMSS	33
II.1. Ingresos del IMSS	34
II.1.1. Formalización del empleo	35
II.1.2. Simplificación y digitalización de trámites	42
II.1.3. Nuevo Modelo Integral de Fiscalización	44
II.1.4. Estímulo al ingreso	47
II.2. Aseguramiento en el IMSS	48
II.2.1. Asegurados trabajadores	49
II.2.2. Asegurados no trabajadores	60

II.2.3. Pensionados	61
II.2.4. Beneficiarios de asegurados y pensionados	62
II.2.5. Registro de la CURP en la población adscrita	64
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	73
III.1.3. Indemnizaciones globales	76
III.2. Estado de actividades	78
III.3. Resultados de la valuación actuarial	78
III.3.1. Proyecciones demográficas y financieras	78
III.4. Opciones de política	85
III.4.1. Integración de Prestaciones Económicas y Salud en el Trabajo	85
III.4.2. Otras acciones	90
Capítulo IV. Seguro de Invalidez y Vida	91
IV.1. Introducción	92
IV.1.1. Subsidio por incapacidad temporal para el trabajo	95
IV.1.2. Pensiones	98
IV.2. Estado de actividades	101
IV.3. Resultados de la valuación actuarial	101
IV.3.1. Proyecciones demográficas y financieras	101
IV.4. Opciones de política	107
Capítulo V. Seguro de Enfermedades y Maternidad	113
V.1. Estado de actividades	115
V.2. Producción, productividad y acceso de los servicios médicos	117
V.3. Proyecciones financieras de largo plazo	119
V.3.1. Seguro de Enfermedades y Maternidad	120
V.3.2. Seguro de Enfermedades y Maternidad-Asegurados	122

V.3.3. Gastos Médicos de Pensionados	124
V.3.4. Resumen	124
V.4. Necesidades de salud de la población derechohabiente	124
V.5. Gestión de la atención médica	129
V.5.1. Prevención	129
V.5.2. Mejorar la gestión y eficiencia de los procesos médicos	132
V.5.3. Reorganizar la atención médica para eliminar los principales cuellos de botella	134
V.5.4. Prevención del riesgo materno y mejora de la atención obstétrica	137
V.6. Hacer frente a las enfermedades crónicas no transmisibles	140
V.6.1. Análisis del gasto en enfermedades crónico-degenerativas de alto impacto financiero para el IMSS	141
V.6.2. Prevención, control y atención de las enfermedades crónico-degenerativas	144
V.7. Educación e investigación como estrategias de mejora de la calidad de los servicios médicos	154
V.7.1. Capacitación	155
V.7.2. Formación de recursos humanos	156
V.7.3. Investigación	157
V.8. Reforma del Sistema Nacional de Salud	159
V.8.1. Intercambio de servicios	159

Capítulo VI. Seguro de Guarderías y Prestaciones Sociales **161**

VI.1. Estado de actividades	162
VI.2. Proyecciones financieras de largo plazo	164
VI.3. Guarderías del IMSS mejor que nunca	165
VI.3.1. Análisis financiero complementario del ramo de Guarderías	166
VI.3.2. Esfuerzos de expansión de lugares 2015	168
VI.3.3. Primer grado de preescolar en las guarderías del IMSS	169
VI.3.4. Guarderías ordinarias	170
VI.3.5. Continuidad en la prestación del servicio de guardería	171
VI.3.6. Expansión y ampliación de las guarderías actuales	171
VI.3.7. Revisión del Marco Normativo	172
VI.3.8. Proyectos adicionales	173
VI.4. Prestaciones Sociales	175
VI.4.1. Desarrollo Cultural	175
VI.4.2. Deporte	177

VI.4.3. Centros Vacacionales	178
VI.4.4. Sistema Nacional de Tiendas IMSS-SNTSS	180
VI.4.5 Opciones de política	181
Capítulo VII. Seguro de Salud para la Familia	185
VII.1. Estado de actividades 2016	186
VII.2. Población asegurada	186
VII.3. Cuotas de financiamiento	189
Capítulo VIII Programa IMSS-PROSPERA	191
VIII.1 Cobertura e infraestructura	192
VIII.2. Financiamiento y capital humano del Programa	195
VIII.3. Portabilidad de servicios y vinculación interinstitucional	197
VIII.4. Prestación de servicios integrales de salud	199
VIII.4.1. Atención a la salud	205
Capítulo IX. Reservas y Fondo Laboral del Instituto	217
IX.1. Antecedentes	217
IX.1.1. Estructura de las Reservas y Fondo Laboral del IMSS	217
IX.1.2. Régimen de inversión	220
IX.2. Inversión de las Reservas y Fondo Laboral	220
IX.2.1. Evolución de las Reservas y Fondo Laboral	220
IX.2.2. Asignación estratégica de activos	223
IX.2.3. Mandatos de inversión	226
IX.2.4. Afore XXI Banorte	226
IX.2.5. Rendimientos financieros en 2016	228
IX.2.6. Riesgos financieros de las inversiones institucionales	230
Capítulo X. Pasivo Laboral y Otros Riesgos del Instituto	233
X.1. Pasivo laboral del Instituto en su carácter de patrón	233
X.1.1. Pasivo laboral por la prima de antigüedad e indemnizaciones	236
X.1.2. Pasivo laboral por el Régimen de Jubilaciones y Pensiones	239
X.1.3. Régimen de Jubilaciones y Pensiones del Programa IMSS-PROSPERA	246

X.2. Situación financiera del Fondo Laboral para las contrataciones bajo el Convenio de 2005	247
X.3. Contingencias de carácter litigioso	252
X.3.1. Contingencias en juicios laborales	255
X.3.2. Contingencias en juicios administrativos y fiscales	259
X.3.3. Contingencias en juicios civiles y mercantiles	260
Capítulo XI. Gestión de los Recursos Institucionales	263
XI.1. Acciones para incrementar la eficiencia del gasto y mejorar los servicios	263
XI.1.1. Mejoras en los esquemas de compra, abasto y suministro de medicamentos y servicios médicos	264
XI.1.2. Racionalización del gasto en otorgamiento de servicios médicos	268
XI.1.3. Optimización del gasto administrativo y de operación	268
XI.1.4. Acciones para optimizar la utilización de inmuebles	270
XI.1.5. Inversión física	271
XI.1.6. Recursos Humanos	276
XI.2. Inventario de las instalaciones institucionales	277
XI.2.1. Infraestructura inmobiliaria institucional	277
XI.2.2. Equipo médico institucional	284
XI.3. IMSS Digital	287
XI.3.1. Arquitectura IMSS Digital	287
XI.3.2. Resultados de IMSS Digital	288
XI.3.3. Acciones y resultados 2016-2017	289
XI.3.3.1. Modelo Moderno de Atención	289
XI.3.3.2. Modelo Unificado de Operación	293
XI.3.3.3. Tecnología y sistemas	294
XI.3.3.4. Capacidades digitales	295
Capítulo XII. Reflexiones Finales y Propuestas	299
XII.1. Eje 1- Fortalecimiento Financiero	300
XII.2. Eje 2- Simplificación y Digitalización de Trámites	304
XII.3. Eje 3- Calidad y Calidez de los Servicios Médicos	307
XII.4. Consideraciones finales	324

Índice de Cuadros	327
Índice de Gráficas	333
Dictamen de los Auditores Independientes	339

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 Instituto Mexicano del Seguro Social es un instrumento básico para 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; es decir, de la seguridad social tal como se concibe en la fracción XXIX del Artículo 123 constitucional.

El Artículo 273 de la Ley del Seguro Social indica que se debe presentar un Informe dictaminado por auditor externo al Ejecutivo Federal y el H. Congreso de la Unión sobre la situación financiera del Instituto Mexicano del Seguro Social, así como de los riesgos, contingencias y pasivos que inciden en su viabilidad financiera. Este Artículo lleva implícitos los conceptos de rendición de cuentas y de transparencia e impone el reto de promover entre los ciudadanos y la Administración una mejor comprensión de cuáles son las funciones del Instituto y de sus tareas en la sociedad.

El concepto de rendición de cuentas exige diversas obligaciones: explicar la estrategia, los procedimientos y las acciones que contribuyen a garantizar que el Instituto desarrolla sus obligaciones legales conforme a sus competencias y en el marco de su presupuesto; evaluar y hacer un seguimiento de su propia gestión, así como del impacto de sus funciones; hacer que todos los miembros de la institución sean responsables de su actuación.

La noción de transparencia se refiere a la información pública, de manera oportuna, fidedigna, clara y pertinente, sobre su situación, competencia, estrategia, actividades, gestión financiera, actuaciones y rendimiento. Además, incluye la obligación de hacer accesible a la ciudadanía la información relativa al Instituto Mexicano del Seguro Social.

La rendición de cuentas y la transparencia son las condiciones previas de una democracia basada en el estado de derecho y con este Informe el IMSS sirve de guía, da el ejemplo, y fortalece su credibilidad.

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

Como se ha venido señalando en Informes anteriores, las enfermedades transmisibles han sido desplazadas por padecimientos crónico degenerativos como principales causantes de enfermedades entre una población derechohabiente más envejecida, lo que ha convertido a esta situación en el principal riesgo externo que enfrenta el Instituto. Por otra parte, entre los factores internos, el creciente número de jubilados y pensionados entre los propios trabajadores del Instituto requiere que una cantidad considerable de recursos sea destinada a cubrir el pasivo laboral de la nómina del Régimen de Jubilaciones y Pensiones.

No obstante lo anterior, todavía se observan áreas de oportunidad para optimizar el gasto administrativo y mejorar la gestión de los servicios y de la infraestructura médica.

Gracias a los progresos alcanzados en la administración de los recursos, y en el fortalecimiento de las políticas de disciplina y orden presupuestal, al cierre del ejercicio 2016 se obtuvo un superávit de más de 6 mil millones de pesos, por lo que se evitó el uso de reservas que se había contemplado al elaborar el presupuesto de ese ejercicio. Los avances obtenidos están poniendo los cimientos para conservar una situación financiera sostenible en el corto plazo, ya que algunas de las medidas implementadas han generado ahorros permanentes.

El IMSS aún tiene grandes retos en materia financiera, pero los esfuerzos realizados han logrado revertir la tendencia de los últimos años y sentar bases para administrar este Instituto de una forma eficiente, ordenada y con una visión de largo plazo; todo ello sin sacrificar la eficiencia operativa ni la oportunidad o la calidad del servicio.

Aun considerando los esfuerzos que ha hecho la presente Administración del Instituto, la situación que se describe en el presente Informe indica la necesidad de que surja un consenso entre los diversos grupos responsables de la marcha del IMSS (el sector privado, el sector obrero, los poderes Ejecutivo y Legislativo y el propio Sindicato Nacional de Trabajadores del Seguro Social), a fin de que en conjunto se encuentren soluciones duraderas que garanticen la viabilidad financiera de nuestra institución. Hacemos votos porque a partir de los datos aquí presentados se generen esas soluciones.

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

Ciudad de México, junio de 2017.

Introducción



El IMSS es un 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. Está encargado de la organización y administración del Seguro Social, cuya finalidad es 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. Es decir, es el organismo encargado de otorgar la seguridad social tal como se concibe en la fracción XXIX del Artículo 123 constitucional.

En cumplimiento a lo dispuesto en el Artículo 273 de la Ley del Seguro Social, el H. Consejo Técnico del IMSS presenta anualmente este Informe al Ejecutivo Federal y al H. Congreso de la Unión. El Informe consiste en un análisis detallado sobre la situación financiera y presupuestaria —presente y futura— del Instituto y los principales riesgos que enfrenta. El documento detalla, también, las principales acciones realizadas y programas implementados, así como los avances obtenidos durante el ejercicio 2016. Conforme a la Ley, los resultados contables y actuariales presentados en este documento fueron dictaminados por auditores externos.

El IMSS es un pilar de la arquitectura social en México. En los Presupuestos de Egresos de la

¹ Ley del Seguro Social, Artículos 2, 4 y 5.

Federación de 2016 y 2017 el presupuesto del IMSS ha representado 45.4% y 47.1% de los recursos destinados a la Función Salud. De igual modo, dentro del presupuesto del Instituto la parte destinada a la Atención a la Salud representó 77.8% y 74% en los mismos periodos. Por ello, es un tema preocupante que recurrentemente se cuestione la viabilidad financiera del IMSS.

Entre los riesgos externos que enfrenta el Instituto es necesario destacar el hecho de que las enfermedades transmisibles han sido desplazadas por padecimientos crónico degenerativos como causantes principales de enfermedades en una población derechohabiente más envejecida. Asimismo, uno de los principales riesgos internos se refiere al creciente número de jubilados y pensionados entre los propios trabajadores del Instituto, lo que lleva a que cada año una cantidad considerable de recursos se destine a cubrir el pasivo laboral de la nómina del Régimen de Jubilaciones y Pensiones. Estos riesgos son tan importantes que durante varios años pusieron en peligro de parálisis a la institución.

Sin embargo, desde 2013, primer año de esta Administración, se comenzaron a implementar esfuerzos de saneamiento financiero y administrativo que ya han comenzado a cosechar frutos, pues gradualmente se ha revertido la situación económica de la institución y se ha mejorado su viabilidad financiera. Así, durante el ejercicio fiscal 2016 se obtuvieron resultados que se considera importante destacar.

En materia de ingresos, en 2016 la afiliación de trabajadores al Instituto prácticamente duplicó el crecimiento del PIB y gracias a la aplicación del Modelo Integral de Fiscalización, que privilegia el fortalecimiento del cumplimiento voluntario de las obligaciones de seguridad social, se tuvieron niveles de ingreso obrero-patronal superiores a las metas previstas.

Asimismo, se buscó reducir los riesgos de inversión y fomentar la acumulación de reservas y fondos. Para ello, el Instituto está privilegiando la inversión en deuda gubernamental y deuda bancaria con alta calificación crediticia; en el corto plazo se busca aprovechar los incrementos esperados en las tasas de interés en tanto surjan oportunidades atractivas para la inversión a largo plazo, con el fin de enfrentar los requerimientos de liquidez y, al mismo tiempo, contribuir al crecimiento del saldo de las reservas y fondos.

Por el lado de los egresos, en el caso del Seguro de Enfermedades y Maternidad, el Instituto ha mantenido el acceso a los servicios de salud y ha mejorado la productividad sin un incremento significativo de los costos, a través de la simplificación y el reordenamiento de sus procesos. Gracias a ello, el otorgamiento de servicios en salud muestra un incremento en egresos hospitalarios, número de cirugías, trasplantes y prescripción razonada de estudios y recetas. Además, se han elevado los principales indicadores de acceso y satisfacción de los derechohabientes. Sin embargo, persiste el reto financiero en este tema, ya que las proyecciones indican que la prima de contribución no es suficiente para hacer frente a los gastos esperados en el futuro.

A partir de marzo de 2017, los servicios de Salud en el Trabajo se incorporaron a la Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales con el objeto de institucionalizar medidas de control del gasto en prestaciones económicas, lo que tendrá un impacto económico para las finanzas del Instituto puesto que se espera que reducirá su crecimiento significativamente.

Se han aplicado mejoras continuas a los procesos que integran la administración de las pensiones, con el objeto de elevar la calidad en la atención al solicitante, al reducir los tiempos de espera y brindar mayor transparencia sobre las etapas del proceso.

La situación financiera del Instituto de los últimos años provocaba que las prestaciones sociales pasaran a un segundo plano. Gracias al saneamiento financiero, el IMSS retomó el enfoque al desarrollo integral de la persona. No obstante, la proyección de la situación financiera del Seguro de Guarderías y Prestaciones Sociales indica que la prima actual es apenas suficiente para hacer frente a sus gastos en el futuro. Por lo que, ante un escenario de ampliación de cobertura de los servicios otorgados, este Seguro podría presentar riesgos de insuficiencia financiera.

La prestación de todos los servicios que otorga el Instituto está soportada por el gasto administrativo, es por ello que durante 2016 se buscó la optimización del mismo, para lo cual se realizaron diversas acciones que permitieran un mejor y más sano ejercicio de los recursos. Por una parte, mejorando los esquemas de compra, abasto y suministro de medicamentos, cuya piedra angular sigue siendo la compra consolidada de medicamentos, vacunas y material de curación. También, se realizaron esfuerzos en los temas de arrendamiento de vehículos, conservación y mantenimiento de equipo médico y electromecánico, así como diversas acciones encaminadas al análisis de los espacios disponibles en los inmuebles propios y arrendados, a fin de optimizar su utilización. Asimismo, se ha impulsado el crecimiento y mejora de la infraestructura: actualmente se cuenta con un programa de apertura de 12 Hospitales y 40 Unidades de Medicina Familiar a nivel nacional; además, se están ampliando y remodelando diversas áreas de servicio y atención al derechohabiente en unidades médicas y no médicas ya existentes.

En 2012, el modelo de atención a los derechohabientes del IMSS era presencial, el llenado de formularios se hacía a mano y los documentos tenían que presentarse en original y copias, lo que implicaba invertir tiempo y hacer largas filas para ser atendido. El Instituto decidió corregir esta situación aprovechando las bondades de la Estrategia Digital Nacional de la presente Administración. Para ello,

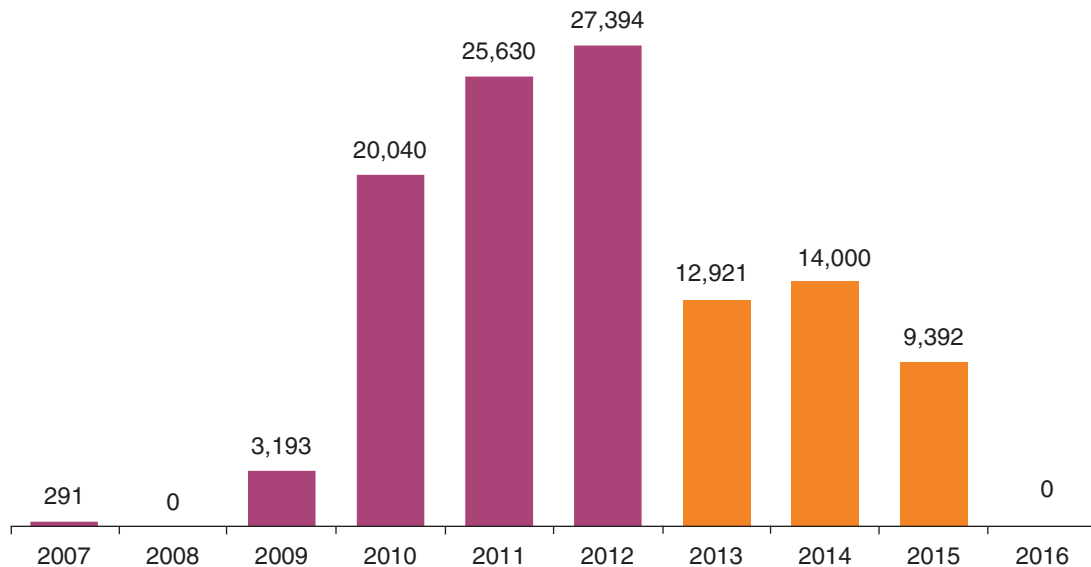
se diseñó la estrategia IMSS Digital, que extiende la atención hacia canales digitales alternativos, más eficientes y más ágiles.

Las proyecciones de cada concepto de ingreso y de gastos del Instituto para el largo plazo muestran que se mantendrá la tendencia positiva de la trayectoria financiera actual del Instituto: en cada uno de los años proyectados el déficit será menor al estimado en el Informe de 2016. Estos resultados son consecuencia, por una parte, de una expectativa de empleo en el IMSS favorable para el mediano plazo, asociado a un panorama de crecimiento económico del país, y por otro lado, la continuidad de la implementación de medidas estratégicas para hacer más eficiente la gestión de los recursos institucionales.

La situación financiera del IMSS, como ya ha sido señalado en Informes anteriores, se encuentra presionada por una demanda creciente de servicios de salud y otras prestaciones. No obstante, los esfuerzos realizados a lo largo de la presente Administración y, en particular, los ejecutados durante 2016 en materia de fortalecimiento de los ingresos y control del gasto, han dado como resultado un superávit al cierre del ejercicio, lo que no había ocurrido desde 2008. Esa nueva realidad ha permitido acortar la brecha entre ingresos y gastos, avanzar hacia la consolidación financiera del Instituto, y lograr un menor consumo de las reservas en los últimos 4 años, en comparación con los 4 años previos (gráfica 1).

El IMSS brinda prestaciones a sus derechohabientes bajo 2 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 5 seguros: Riesgos de Trabajo (SRT), Enfermedades y Maternidad (SEM), Invalidez y Vida (SIV), Retiro, Cesantía en Edad Avanzada y Vejez (SRCV), y Guarderías y Prestaciones Sociales

Gráfica 1.
Uso de Reservas y Fondo Laboral
(millones de pesos de 2017)



Fuente: Dirección de Finanzas, IMSS.

(SGPS). Por su parte, el Régimen Voluntario cuenta con el Seguro de Salud para la Familia (SSFAM), el Seguro Facultativo y algunas otras modalidades de incorporación voluntaria².

Para garantizar los derechos a la salud y a la asistencia médica que se establecen en la Ley del Seguro Social, el IMSS ofrece una amplia diversidad de servicios ambulatorios y hospitalarios que son una parte primordial de los servicios otorgados por las instituciones que forman parte del Sistema Nacional de Salud. En un día típico del Instituto se realizan casi 479 mil consultas médicas, de las cuales más de 326 mil son de medicina familiar, poco más de 78 mil son de especialidades, 56 mil son atenciones por urgencias y 18 mil son consultas dentales. Además, diariamente se registran 5,500 egresos hospitalarios y 4 mil cirugías; se atienden 1,100 partos; se realizan más de 700 mil análisis clínicos, y 60 mil estudios de radiodiagnóstico.

² Ver el Anexo A Prestaciones y Fuentes de Financiamiento de los Regímenes de Aseguramiento del IMSS, para una descripción detallada.

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 de velatorios.

La población cubierta por el Instituto (sin considerar IMSS-PROSPERA)³ alcanza las 63'480,327 personas al cierre de 2016 (cuadro 1), lo que representa alrededor de 50% de la población del país⁴.

³ A diciembre de 2016 el padrón de beneficiarios del Programa IMSS-PROSPERA reportó 12'344,941 personas.

⁴ Se considera la población del país reportada por el Consejo Nacional de Población (CONAPO), referente a cifras de junio de cada año. La población, al cierre de 2016, se estimó como el promedio a mitad de año de 2016 y 2017, cifra de 122'895,872 personas.

Cuadro 1.
Población derechohabiente del IMSS, 2016
(cifras al cierre del año)

Tipo de afiliación	Derechohabientes
Titulares^{1/}	30,409,991
Asegurados	25,883,481
Trabajadores	18,616,624
No trabajadores	7,266,857
Pensionados	3,930,767
Pensionados no IMSS	3,654,712
Pensionados IMSS	276,055
Asegurados no vigentes con conservación de derechos	595,743
Familiares	33,070,336
Adscritos	23,567,132
Asegurados	20,463,497
Pensionados	2,420,968
Asegurados no vigentes con conservación de derechos	682,667
No Adscritos	9,503,204
Total	63,480,327

^{1/} Incluye pensionados con aseguramiento vigente (por ejemplo, una persona que recibe una pensión por viudez y al mismo tiempo mantiene un empleo remunerado y subordinado); contabiliza a los asegurados en baja, pero con conservación de derechos, y a las pensiones derivadas, que refieren a pensiones pagadas a beneficiarios de titulares fallecidos.

Fuente: Dirección de Incorporación y Recaudación, IMSS.

La organización del presente Informe 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 de 2016, 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)⁵. 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 presenta el pasivo laboral, incluyendo el correspondiente al Programa IMSS-PROSPERA, así como otros riesgos de carácter litigioso. El Capítulo XI muestra 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 contenido del documento se ajusta a lo establecido en las fracciones del citado Artículo 273. Los Capítulos I al VII y el IX dan cumplimiento a las fracciones I a III, las cuales establecen incluir: 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”*; 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”*, y 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,*

⁵ El Informe no presenta un análisis del Seguro de Retiro, Cesantía en Edad Avanzada y Vejez (SRCV) dado que, bajo la Ley vigente (Ley de 1997), el Instituto sólo es un intermediario en la cobranza de las cuotas correspondientes, las cuales canaliza a las Administradoras de Fondos para el Retiro (AFORE). Por otro lado, todas las pensiones otorgadas al amparo del ahora derogado Seguro de Invalidez, Vejez, Cesantía en Edad Avanzada y Muerte (Ley de 1973) constituyen un pasivo a cargo del Gobierno Federal y no son responsabilidad del Instituto, por lo que tampoco se incluye un análisis de su situación.

para mantener la viabilidad financiera del Instituto, y de las fechas estimadas en que dichas modificaciones puedan ser requeridas”.

El Capítulo X responde a la exigencia de la fracción IV que establece incluir elementos sobre “la situación de sus pasivos laborales totales y de cualquier otra índole que comprometan su gasto por más de un ejercicio fiscal”.

Los Capítulos I, II, V y VI dan cumplimiento al penúltimo párrafo del citado Artículo: “el Instituto informará sobre las tendencias demográficas de su población beneficiaria, incluyendo modificaciones en la esperanza de vida; tendencias en la transición demográfica, 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”.

El Capítulo XI ofrece elementos requeridos por el último párrafo de dicho Artículo: “...información sobre el estado que guardan las instalaciones y equipos del Instituto, particularmente los dedicados a la atención médica”.

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



Este capítulo presenta la situación financiera general del Instituto a través de: i) los resultados obtenidos al cierre de 2016, reflejados en el estado de actividades y el estado de la 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 y el largo plazos, 2017 a 2025 y 2026 a 2050, respectivamente⁶.

Existe un conjunto de factores demográficos, epidemiológicos y económicos del entorno en que opera el Instituto, que están relacionados con la población derechohabiente a la que se le otorgan servicios y prestaciones.

La respuesta a los retos a los cuales se enfrenta el IMSS, ha sido un proceso de distintas medidas implementadas desde el inicio de la presente Administración. Estas medidas van desde la administración de los recursos hasta el fortalecimiento de políticas de disciplina y orden presupuestal, que al cierre del ejercicio 2016 permitieron no usar las reservas originalmente contempladas y obtener un superávit de más de 6 mil millones de pesos. Este proceso de mejora administrativa y financiera se debe continuar hacia los siguientes años, ya que los retos persistirán en el mediano plazo.

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

I.1. Entorno

El Instituto ha tenido que adaptarse tanto al cambio en la estructura de edad de la población, como al crecimiento de su población derechohabiente generado por modificaciones al mercado laboral que han fomentado un incremento del empleo, para no verse afectado en su operación cotidiana, así como en términos de su sustentabilidad.

I.1.1. Transiciones demográfica y epidemiológica

El descenso en las tasas de mortalidad y fecundidad provoca cambios importantes en el crecimiento y la distribución por edades de la población, dando lugar a la disminución, estancamiento o expansión de diferentes grupos que, a su vez, articulan demandas diferenciadas de servicios. De los factores mencionados, la fecundidad es la variable que mayor influencia ha tenido en este proceso de cambios, por su fuerte impacto en el tamaño de las nuevas

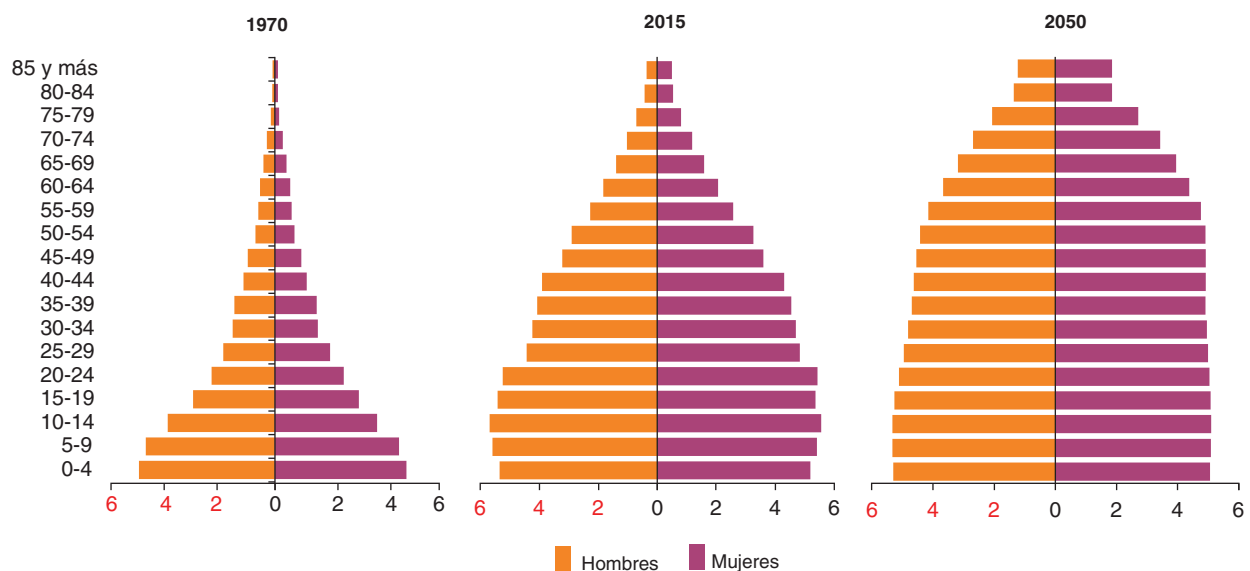
generaciones, efecto que se traslada con los años a los diferentes grupos de edades (gráfica I.1).

La población derechohabiente del IMSS adscrita a médico familiar se muestra cada vez más envejecida, con una decreciente participación de los grupos de edad más jóvenes (gráfica I.2).

Este proceso gradual de envejecimiento de la población derechohabiente ha implicado cambios cuantitativos y cualitativos relevantes en la demanda de servicios de atención médica (gráfica I.3).

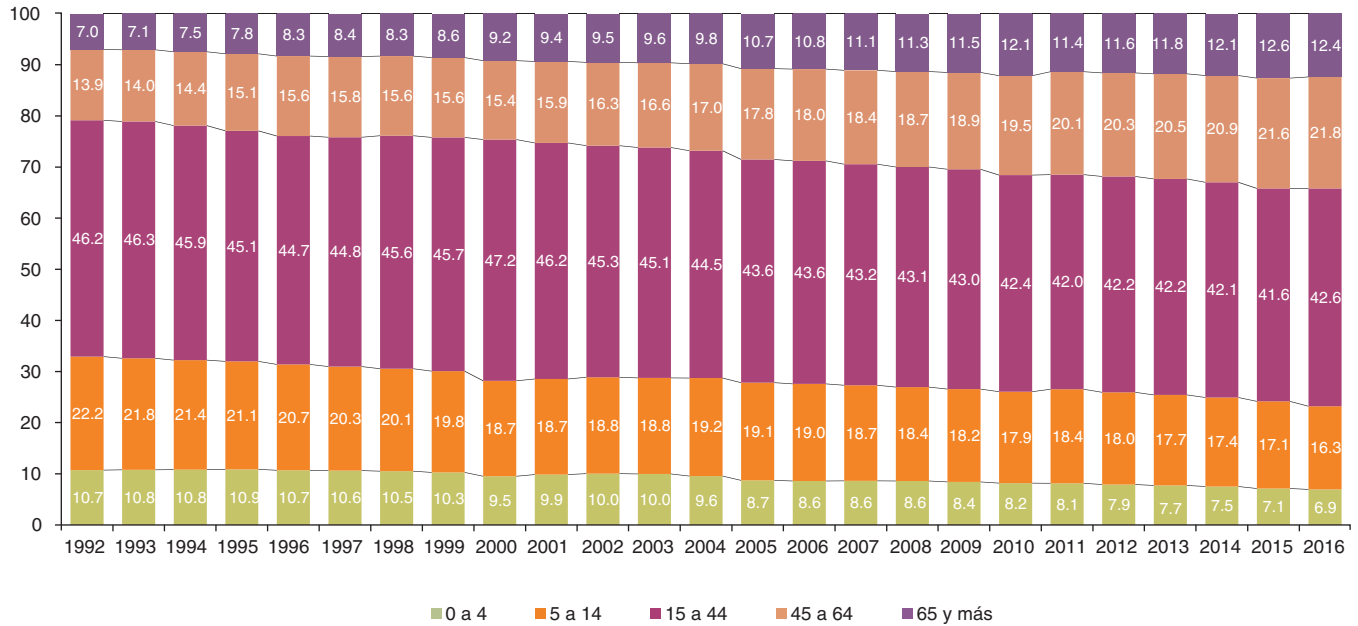
Otro efecto de la transición consiste en el desplazamiento de la mortalidad de los niños hacia los adultos (gráfica I.4). Del total de defunciones en el IMSS en 1976, 51.5% ocurrió dentro del grupo de menores de 5 años, y 20% en el grupo de mayores de 65 años. En 2016, la situación de estos 2 grupos se había invertido: se redujo el porcentaje de defunciones en el grupo de menores de 5 años a 4.1%, en tanto que los decesos en el grupo de mayores de 65 años representó 59.4%.

Gráfica I.1.
Estructura de la población en México por edad y sexo
(millones de personas)



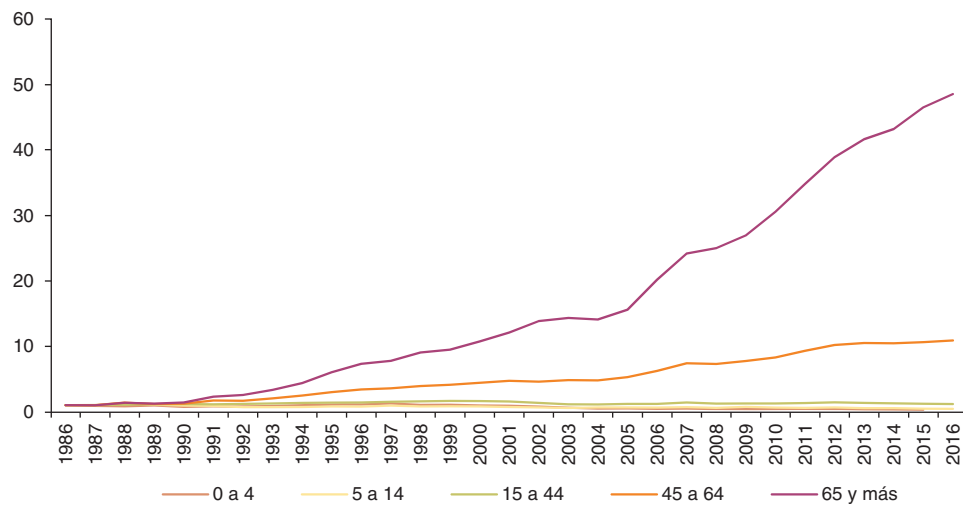
Fuente: INEGI, IX Censo de Población y Vivienda 1970 y Encuesta Intercensal 2015; Consejo Nacional de Población, Proyecciones de la Población 2010-2050.

Gráfica I.2.
Composición de la población derechohabiente adscrita a médico familiar
por grupo de edad, 1992-2016^{1/}
 (porcentajes)



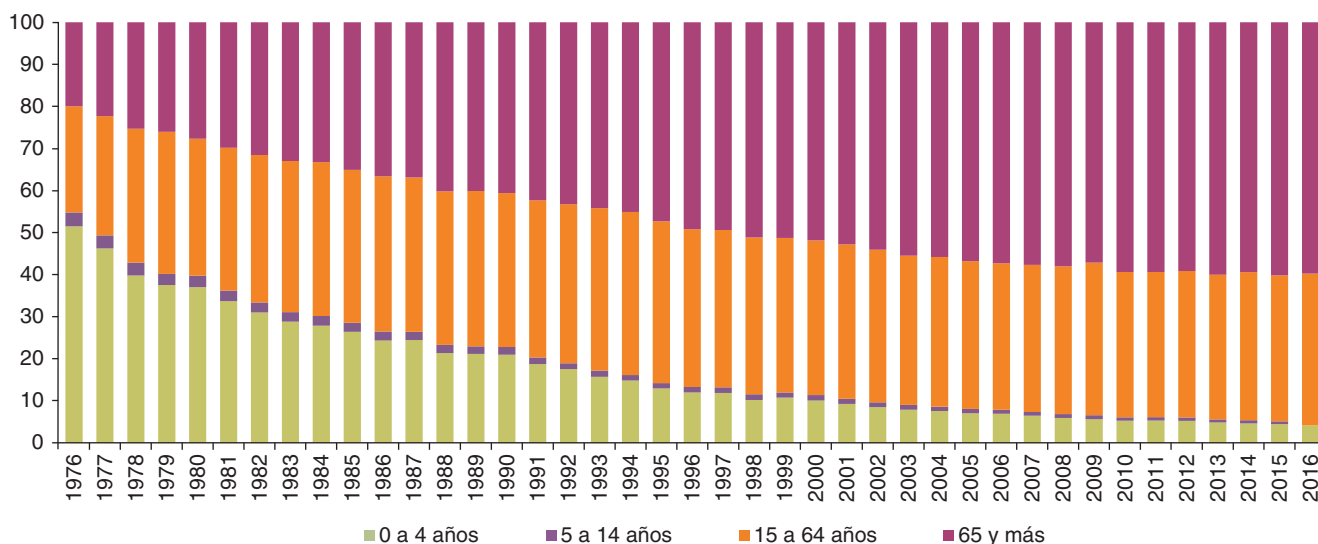
^{1/} De 1992 a 2010, las cifras corresponden al mes de junio de cada año. A partir de 2011, las cifras corresponden al 31 de diciembre de cada año.
 Fuente: Dirección de Prestaciones Médicas; Dirección de Incorporación y Recaudación, IMSS.

Gráfica I.3.
Crecimiento de consulta externa de Medicina Familiar
por grupo de edad, 1986-2016
 (índice base 1986 = 1)



Fuente: Dirección de Prestaciones Médicas, IMSS.

Gráfica I.4.
Defunciones por grupo de edad en el IMSS, 1976-2016
 (porcentajes)



Fuente: Dirección de Prestaciones Médicas, IMSS.

El IMSS está atravesando un proceso de transición epidemiológica, es decir, cambios en la prevalencia de enfermedades y causas de muerte. Por ejemplo, ha disminuido la mortalidad por enfermedades diarreicas e infecciones respiratorias agudas en los niños menores de 5 años, gracias a 3 principales factores: i) disponibilidad de la terapia de hidratación oral; ii) incremento de las coberturas de vacunación en este grupo de edad, y iii) mejoras en la infraestructura médica y creación de nuevos programas de medicina preventiva.

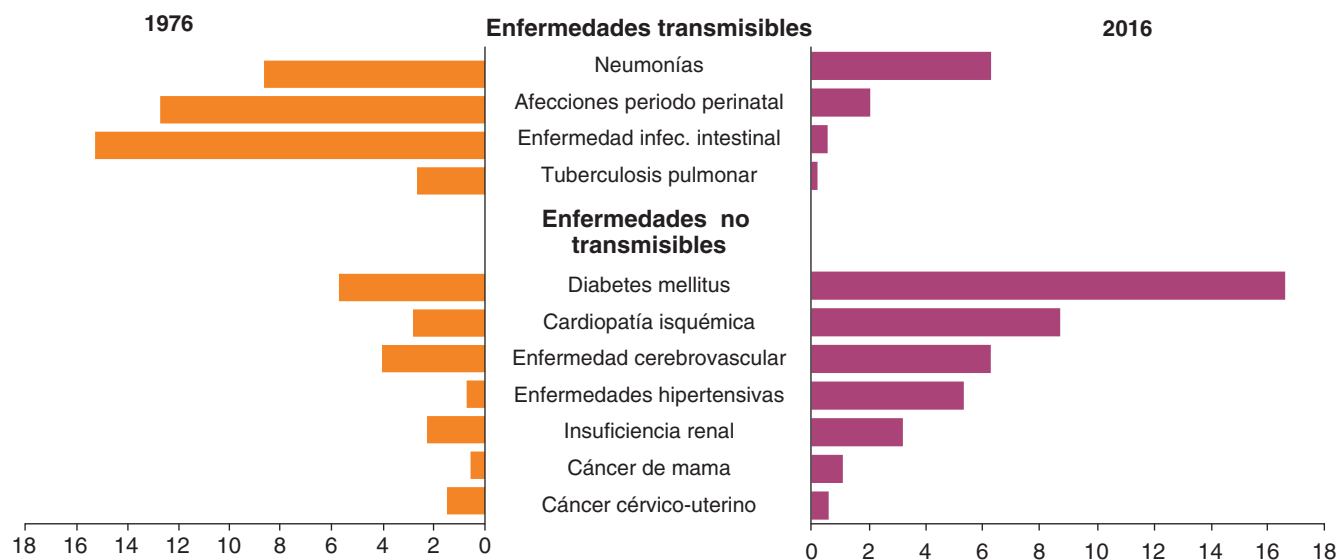
En la gráfica I.5 se observa una reducción drástica de las defunciones registradas por afecciones en la etapa perinatal, enfermedades infecciosas intestinales y tuberculosis pulmonar, padecimientos que ocupaban los primeros lugares de mortalidad en 1976, y un aumento de defunciones originadas por enfermedades no transmisibles como diabetes mellitus, cardiopatía isquémica, enfermedad cerebrovascular, enfermedades hipertensivas, insuficiencia renal y neoplasias malignas, que ocuparon los primeros lugares de mortalidad en 2016.

El doble reto que enfrenta el IMSS, y que se traduce en un creciente gasto en salud, está en la atención de las enfermedades no transmisibles que ha adquirido gran relevancia por la demanda de recursos que genera y, al mismo tiempo, la atención de algunas enfermedades transmisibles (infecciosas) y otras materno-infantiles.

I.1.2. Contexto Económico

En 2016 el Producto Interno Bruto (PIB) creció a una tasa real de 2.3% (gráfica I.6). Este crecimiento fue impulsado por el consumo privado, apoyado por la moderada inflación observada durante todo el año, las remesas de los trabajadores en el extranjero, la expansión del crédito, los salarios reales más altos y la creación de empleo en el sector formal. Sobre este último punto, nuevamente se registraron niveles históricos en el empleo afiliado al IMSS con más de 732 mil puestos de trabajo, equivalente a una tasa de crecimiento de 4.1%, casi el doble de lo que creció el PIB, lo que a su vez se tradujo en niveles de ingreso obrero-patronales superiores a las metas previstas, como se detalla en el Capítulo II.

Gráfica I.5.
Defunciones por causas seleccionadas, 1976-2016
 (porcentajes)



Fuente: Dirección de Prestaciones Médicas, IMSS.

Gráfica I.6.
Producto Interno Bruto real y trabajadores asegurados afiliados al IMSS, 1995-2016^{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 trimestral, base 2008, serie desestacionalizada, a precios de 2008.
 Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI); Dirección de Incorporación y Recaudación, IMSS.

Por otro lado, si bien en términos anuales en 2016 la tasa de inflación anual fue de 3.36%, ésta fue creciente durante el año (en enero de 2016 fue de 2.61%), por lo que el componente inflacionario de los precios de los insumos terapéuticos y no terapéuticos, así como las transiciones demográfica y epidemiológica, son elementos externos al Instituto que presionarán a la alza su gasto en la prestación de servicios médicos a la población derechohabiente, situación que ya se puede observar en la primera mitad de 2017.

I.2. Situación financiera general

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

Los estados de actividades y de situación financiera se presentan conforme a la normatividad aplicable⁷, revelando 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 Consejo Mexicano para la Investigación y Desarrollo de Normas de Información Financiera.

En el estado de actividades del ejercicio 2016 se reconoce parcialmente el costo neto del periodo que corresponde al registro de los pagos realizados por concepto del Régimen de Jubilaciones, Pensiones y Prima de Antigüedad, en cumplimiento a las disposiciones de la Norma de Información Financiera Gubernamental General para el Sector Paraestatal

“Obligaciones Laborales” (NIFGG SP05), emitida por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, en donde se señala que únicamente se deberá registrar el costo neto del periodo que se encuentre presupuestado y fondeado, y que no implique un resultado desfavorable para el Instituto. A través de notas a los estados financieros dictaminados, se revelan los montos totales de los pasivos laborales que se obtienen de la aplicación de la Norma de Información Financiera D-3 “Beneficios a los Empleados” que es de aplicación obligatoria en cuanto a valuación y revelación.

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

I.2.1. Estado de actividades

El cuadro I.1 muestra el estado de actividades en apego a las Normas de Información Financiera emitidas por la Secretaría de Hacienda, por lo que el resultado favorable equivalente a 3,346 millones de pesos, no considera el registro total del costo neto del periodo de las obligaciones laborales y solo reconoce parcialmente el costo de dichas obligaciones al reflejar los pagos efectuados durante el ejercicio.

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 y para el Sector Paraestatal, emitidas por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.

Cuadro I.1.
Estado de actividades dictaminado al 31 de diciembre de 2016 y 2015
(millones de pesos corrientes)

Concepto	2015	2016
Ingresos y otros beneficios		
Ingresos de la gestión		
Cuotas y aportaciones de seguridad social	328,602	353,336
Ingresos por venta de bienes y servicios		
Ingresos por venta de bienes y servicios de organismos descentralizados	1,465	1,410
Otros ingresos y beneficios		
Ingresos financieros		
Intereses ganados de valores, créditos, bonos	4,183	5,898
Otros ingresos y beneficios varios	19,852	11,836
Total de ingresos	354,102	372,480
Gastos y otras pérdidas		
Gastos de funcionamiento		
Servicios de personal	159,548	169,177
Materiales y suministros	49,332	52,080
Servicios generales y subrogación de servicios	30,886	32,491
Otros gastos y pérdidas		
Subsidios	26,060	25,746
Estimaciones, depreciaciones y deterioro	7,558	6,896
Otros gastos	6,902	14,972
Pagos a pensionados y jubilados IMSS	60,971	67,773
Total de gastos	341,257	369,135
Resultado del ejercicio	12,845	3,346

Fuente: Dirección de Finanzas, IMSS, a partir de los Estados Financieros dictaminados al 31 de diciembre de 2016 y 2015.

Adicionalmente, estas cifras no reflejan los ingresos recibidos del Gobierno Federal ni los egresos realizados por cuenta del mismo para el pago de las pensiones de los asegurados (en curso de pago y 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.

Ingresos

Los ingresos del Instituto provienen principalmente de 3 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, las cuales representan 94.8%; ii) de las ventas y servicios en tiendas, centros vacacionales y velatorios,

que representan 0.4%, y iii) de los intereses y rendimientos obtenidos de la inversión de las reservas y disponibilidades, y el uso de los recursos de las reservas y fondos del Instituto en el ejercicio 2015, que representan el restante 4.8%.

El total de ingresos del IMSS para el ejercicio 2016, ascendió a 372,480 millones de pesos, cifra superior en 18,378 millones de pesos respecto al ejercicio anterior. El incremento en los ingresos totales se explica principalmente por el aumento consistente de la recaudación, situación que se ve reflejada en el renglón de “Cuotas y aportaciones de seguridad social”, así como por el uso eficiente de los recursos financieros reflejado en los “Intereses ganados de valores, créditos y bonos”. Es importante resaltar que para el ejercicio 2016 el Instituto no hizo uso de sus reservas financieras para solventar su operación,

situación que se ve reflejada en la disminución de “Otros ingresos y beneficios varios”.

Gastos

El gasto del Instituto comprende todas aquellas erogaciones realizadas para llevar a cabo la prestación de sus servicios y tiene 2 componentes importantes: i) los gastos de funcionamiento, que incluye servicios de personal (nómina a trabajadores del Instituto), materiales y suministros (medicamentos, materiales de curación, entre otros), servicios generales y subrogación de servicios, los cuales representan 69%, y ii) Otros gastos y pérdidas, que considera subsidios (prestaciones a los derechohabientes), pagos a jubilados y pensionados del IMSS, estimaciones, depreciaciones y deterioros, así como la creación de reservas financieras y de contingencia de acuerdo con la propia Ley de Seguro Social, que representan 31%.

El total de gastos del IMSS para el ejercicio 2016 ascendió a 369,135 millones de pesos, cifra superior en 27,878 millones de pesos respecto al ejercicio anterior. Esta cifra superior se explica principalmente por el incremento en los gastos de funcionamiento y por el incremento en el rubro de pagos a pensionados y jubilados del IMSS. Es importante comentar que a pesar del incremento en el total de gastos, uno de los factores de peso para este crecimiento está reflejado en el renglón de “Otros gastos” y es consecuencia de que el Instituto ha podido incrementar sus reservas financieras y el Fondo Laboral, con el fin de enfrentar situaciones futuras.

Respecto a los pagos a pensionados y jubilados del IMSS ya mencionados, las proyecciones de crecimiento presentadas en este mismo Informe indican que este concepto seguirá creciendo de manera consistente en los próximos años, dicho concepto representa el costo

de las obligaciones laborales reconocidas al 31 de diciembre de 2016, y es equivalente a 18.3% del total de gastos del Instituto, en comparación con 17.9% correspondiente al gasto de 2015.

Derivado del impacto de las obligaciones laborales en las finanzas del Instituto, resulta relevante dar visibilidad de los efectos que tendría el reconocimiento en los resultados del costo neto del periodo, para lo cual, utilizando 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 2016 ascendió a 1'716,976 millones de pesos⁸ de los cuales sólo se reconoció parcialmente el costo que corresponde al registro de los pagos a pensionados y jubilados IMSS (72,208 millones de pesos), por lo que el efecto de registrar la parte no reconocida en resultados (1,644,768 millones de pesos) en la contabilidad institucional implicaría la determinación de un resultado del ejercicio de naturaleza desfavorable por 1'641,422 millones de pesos, como lo muestra el cuadro I.2.

Es importante resaltar que la determinación del costo neto de 2016 se realizó considerando la transición a la nueva NIF D-3 y las Mejoras 2017, con lo cual se eliminó el factor de reconocimiento gradual de las partidas pendientes de amortizar en el cargo a resultados, que consideraba la NIF D-3 anterior, y además se incorpora el reconocimiento inmediato del saldo pendiente de amortizar.

Aunque los estados de actividades por ramo de seguro se presentarán por separado en los capítulos correspondientes, cabe señalar que para el ejercicio 2016 los seguros de Riesgos de Trabajo (SRT), de

⁸ El costo neto del periodo (con cargo a resultados del ejercicio 2016) 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.2.
Estado de actividades dictaminado al 31 de diciembre de 2016 y 2015, con el registro total
del costo neto del periodo del Régimen de Jubilaciones y Pensiones
(millones de pesos corrientes)

Concepto	2015	2016
Ingresos y otros beneficios		
Ingresos de la gestión		
Cuotas y aportaciones de seguridad social	328,602	353,336
Ingresos por venta de bienes y servicios		
Ingresos por venta de bienes y servicios de organismos descentralizados	1,465	1,410
Otros ingresos y beneficios		
Ingresos financieros		
Intereses ganados de valores, créditos, bonos	4,183	5,898
Otros ingresos y beneficios varios^{1/}	19,852	10,713
Total de ingresos	354,102	371,357
Gastos y otras pérdidas		
Gastos de funcionamiento		
Servicios de personal ^{1/}	154,550	163,619
Materiales y suministros	49,332	52,080
Servicios generales y subrogación de servicios	30,886	32,491
Otros gastos y pérdidas		
Subsidios	26,060	25,746
Estimaciones, depreciaciones y deterioro	7,558	6,896
Otros gastos	6,902	14,972
Pagos a pensionados y jubilados IMSS ^{2/}	64,945	72,208
Costo por beneficios a empleados (RJP) ^{2/}	714,979	1,644,768
Total de gastos	1,055,212	2,012,780
Resultado del ejercicio	-701,110	-1,641,422

^{1/} En el rubro de Otros ingresos y beneficios varios con registro total no se consideran 1,123 millones en 2016 por la nómina de jubilados del Programa IMSS-PROSPERA, ya que se incluye en el rubro de Pagos a pensionados y jubilados IMSS. Asimismo, en el rubro Servicios de personal no se consideran 4,998 millones de pesos y 5,558 millones de pesos en 2015 y 2016, 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., es 779,924 millones de pesos y 1'716,976 millones de pesos en 2015 y 2016, 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, la determinación del costo neto de 2016 para Régimen de Jubilaciones y Pensiones y para Prima de Antigüedad e Indemnizaciones en favor de los Trabajadores del Instituto Mexicano del Seguro Social, se realizó considerando la transición a la nueva NIF D-3 "Beneficios a los Empleados" y las Mejoras 2017 con lo que se elimina el factor de reconocimiento gradual de las partidas pendientes de amortizar en el cargo a resultados y se incorpora el reconocimiento inmediato del saldo pendiente de amortizar.

Fuente: Dirección de Finanzas, IMSS, a partir de los Estados Financieros dictaminados al 31 de diciembre de 2016 y 2015, 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 2016 y Proyecciones para 2017.

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 de las obligaciones laborales. Como se verá más adelante en los capítulos respectivos a cada seguro, cuando el costo neto del periodo de las obligaciones laborales se toma en cuenta, el Seguro de Enfermedades y Maternidad y el Seguro de Salud para la Familia arrojan un mayor déficit, mientras que el Seguro de Riesgos de Trabajo y el Seguro de Guarderías y Prestaciones Sociales se vuelven deficitarios y el Seguro de Invalidez y Vida disminuye su superávit.

I.2.2. Estado de situación financiera

El cuadro I.3 muestra el estado de situación financiera con cifras al 31 de diciembre de 2016, preparado de acuerdo con las Normas de Información Financiera General Gubernamental para el Sector Paraestatal.

Activo

Los activos totales ascienden a 408,877 millones de pesos, cifra superior en 25,478 millones de pesos respecto al ejercicio anterior. Esta cifra superior en los recursos del Instituto se explica principalmente por:

- El incremento de aportaciones a las reservas financieras y de contingencia, situación que ha podido realizarse como consecuencia de ingresos superiores, mejor control del gasto y ganancia de intereses, y está reflejado en las “inversiones financieras” tanto en su porción circulante como en la no circulante.
- El incremento de recursos asignados a “Bienes muebles” e “inmuebles, infraestructura y construcciones en proceso”.
- El crecimiento de “Cuentas por cobrar” a patronos, derivadas de cuotas obrero-patronales, consecuencia del crecimiento en la recaudación.

Derivado de su importancia, es necesario comentar que en el rubro correspondiente a Activos intangibles se registró desde el ejercicio 2015 por única vez, en cumplimiento a lo señalado en la Norma de Información Financiera Gubernamental para el Sector Paraestatal “Obligaciones Laborales”, un importe de 78,915 millones de pesos con afectación directa al patrimonio, por aquellas provisiones parciales realizadas en ejercicios fiscales anteriores del costo neto del periodo de las obligaciones laborales que no se encontraban fondeadas.

Pasivo

El pasivo total asciende a 235,420 millones de pesos, cifra superior en 22,132 millones de pesos respecto al ejercicio anterior. En concordancia con el registro contable para la creación de reservas y como se explicó en el incremento de los activos, esta cifra superior es consecuencia del incremento de aportaciones a las reservas financieras y de contingencia, y se ve reflejada en el rubro de “Otros pasivos” de la porción del Pasivo no circulante.

Patrimonio

El patrimonio total asciende a 173,457 millones de pesos, cifra superior en 3,346 millones de pesos, este incremento se explica principalmente por la utilidad contable obtenida durante el ejercicio 2016.

Al igual que en el estado de actividades, es importante conocer el impacto de las obligaciones laborales. En el cuadro I.4 se muestra el estado de situación financiera del Instituto al 31 de diciembre de 2016; en esta información se incorpora el reconocimiento del costo neto del periodo de las obligaciones laborales bajo la Norma de Información Financiera D-3. Derivado de lo anterior, el rubro de las provisiones para beneficios a los empleados asciende a 1'723,811 millones de pesos; dicho monto está integrado por 1'644,768 millones de pesos de obligaciones laborales no registradas por el Instituto

Cuadro I.3.
Estado de situación financiera dictaminado al 31 de diciembre de 2016 y 2015
(millones de pesos corrientes)

Concepto	2015	2016	Concepto	2015	2016
Activo Circulante			Pasivo Circulante		
Efectivo y equivalentes	9,404	8,394	Cuentas por pagar a corto plazo	5,250	5,330
Derechos a recibir efectivo o equivalentes	104,607	109,764	Servicios personales	512	633
Inversiones financieras	62,973	67,442	Proveedores	2,900	2,843
Cuentas por cobrar	31,509	33,474	Contratistas por obras públicas	411	382
Deudores diversos	10,117	8,836	Retenciones y contribuciones	1,427	1,472
IVA Acreditable	8	11	Otros pasivos	11,813	12,821
Inventarios	123	171	Total de pasivos circulantes	17,063	18,151
Inventario de mercancías para venta	123	171			
Almacenes	7,773	8,277	Pasivo no circulante		
Otros activos circulantes	1,886	1,984	Otros Pasivos	196,225	217,269
			Otros pasivos	117,188	138,226
			Obligaciones laborales	79,037	79,043
			Total pasivos circulantes	196,225	217,269
Total de activos circulantes	123,793	128,591	Total pasivo	213,288	235,420
Activo no circulante			Patrimonio		
Inversiones financieras	69,038	85,783	Patrimonio contribuido	2,403	2,735
Bienes inmuebles, infraestructura y construcciones en proceso	91,141	92,750	Donaciones de capital	2,403	2,735
Terrenos	22,429	22,616	Patrimonio generado	167,708	170,723
Edificios no habitacionales	64,197	65,551	Resultado del ejercicio	12,845	3,346
Construcciones en proceso en bienes propios	4,515	4,583	Resultados de ejercicios anteriores	88,288	101,133
Bienes muebles	3,826	5,232	Revalúos	754	615
Mobiliario y equipo de administración	1,805	1,540	Exceso en la actualización del patrimonio	65,821	65,629
Mobiliario y equipo educacional y recreativo	9	3			
Equipo e instrumental médico y de laboratorio	1,207	2,821			
Equipo de transporte	52	8			
Maquinaria, otros equipos y herramientas	753	860			
Activos intangibles	78,924	78,924			
Concesiones y franquicias	9	9			
Provisiones no fondeadas del pasivo laboral	78,915	78,915			
Otros activos no circulantes	16,677	17,597			
Total de activos no circulantes	259,606	280,286	Total patrimonio	170,111	173,457
Total de activos	383,399	408,877	Total de pasivo y patrimonio	383,399	408,877

Fuente: Dirección de Finanzas, IMSS, a partir de los Estados Financieros dictaminados al 31 de diciembre de 2016 y 2015.

Cuadro I.4.
Estado de situación financiera dictaminado al 31 de diciembre de 2016 y 2015 con el registro
total del costo neto del periodo del Régimen de Jubilaciones y Pensiones
(millones de pesos)

Concepto	2015	2016	Concepto	2015	2016
Activo circulante			Pasivo circulante		
Efectivo y equivalentes	9,404	8,394	Cuentas por pagar a corto plazo	5,250	5,330
Derechos a recibir efectivo o equivalentes	104,607	109,764	Servicios personales	512	633
Inversiones financieras	62,973	67,442	Proveedores	2,900	2,843
Cuentas por cobrar	31,509	33,474	Contratistas por obras públicas	411	382
Deudores diversos	10,117	8,836	Retenciones y contribuciones	1,427	1,472
IVA Acreditable	8	11	Otros pasivos	11,813	12,821
Inventarios	123	171	Total de pasivos circulantes	17,063	18,151
Inventario de mercancías para venta	123	171	Pasivo no circulante		
Almacenes	7,773	8,277	Otros pasivos	911,204	1,862,037
Otros activos circulantes	1,886	1,984	Otros pasivos	117,188	138,226
			Obligaciones laborales ^{1/}	794,016	1,723,811
			Total de pasivos no circulantes	911,204	1,862,037
Total de activos circulantes	123,793	128,591	Total pasivo	928,267	1,880,188
Activo no circulante			Patrimonio		
Inversiones financieras	69,038	85,783	Patrimonio contribuido	2,403	2,735
Bienes inmuebles, infraestructura y construcciones en proceso	91,141	92,750	Donaciones de capital	2,403	2,735
Terrenos	22,429	22,616	Patrimonio generado	-547,271	-1,474,045
Edificios no habitacionales	64,197	65,551	Resultado del ejercicio	12,845	3,346
Construcciones en proceso en bienes propios	4,515	4,583	Resultado del pasivo laboral	-714,979	-1,644,768
Bienes muebles	3,826	5,232	Resultados de ejercicios anteriores	88,288	101,133
Mobiliario y equipo de administración	1,805	1,540	Revalúos	754	615
Mobiliario y equipo educacional y recreativo	9	3	Exceso en la actualización del patrimonio	65,821	65,629
Equipo e instrumental médico y de laboratorio	1,207	2,821			
Equipo de transporte	52	8			
Maquinaria, otros equipos y herramientas	753	860			
Activos intangibles	78,924	78,924			
Concesiones y franquicias	9	9			
Provisiones no fondeadas del pasivo laboral	78,915	78,915			
Otros activos no circulantes	16,677	17,597			
Total de activos no circulantes	259,606	280,286	Total patrimonio	-544,868	-1,471,311
Total de activos	383,399	408,877	Total de pasivo y patrimonio	383,399	408,877

^{1/} Las cifras reportadas en este rubro corresponden al costo neto del periodo.

Fuente: Dirección de Finanzas, IMSS, a partir de los Estados Financieros dictaminados al 31 de diciembre de 2016 y 2015, 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 2016 y Proyecciones para 2017.

y 79,043 millones de pesos que corresponden a la reserva constituida por dicho concepto. Es importante señalar que el reconocimiento de dichos pasivos implicaría que el patrimonio del Instituto sea deficitario en 1'471,311 millones de pesos.

I.2.3. Proyecciones financieras de corto plazo

El ejercicio fiscal 2016 marcó para el Instituto una nueva historia. Después de 7 años consecutivos de tener que usar reservas para cubrir su déficit de operación, el IMSS contó con un superávit de 6,743 millones de pesos⁹,¹⁰, el cual modifica de forma sustancial las proyecciones a corto plazo. Dicho superávit, tal como lo establece el Artículo 277 C de la Ley del Seguro Social, fue enviado a la Reserva de Operación para Contingencias y Financiamiento (ROCF), para posteriormente destinarlos a programas prioritarios de inversión física de ejercicios subsecuentes.

Otra medida realizada en 2016 que modifica la visión a corto plazo del IMSS fue que remanentes de ejercicios anteriores que se encontraban en la Reserva Operativa (RO) por 7,898 millones de pesos, se transfirieron a la Reserva de Operación para Contingencias y Financiamiento, que también podrán ser usados en generar nueva infraestructura en otros ejercicios fiscales.

El Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión sobre la Situación Financiera y los Riesgos del IMSS 2015-2016 mostraba que aún con el uso de las reservas financieras y el Fondo Laboral, el IMSS dejaría de ser autosustentable financieramente en el año 2019 y que para 2016 hubiera usado 16,137 millones de pesos, pronóstico que no se cumplió, por el contrario, el ejercicio 2016 fue un año superavitario.

Los esfuerzos realizados en materia de fortalecimiento de los ingresos y control del gasto, permiten sentar las bases para mantener una situación financiera sostenible en el corto plazo, ya que algunas de las medidas han generado ahorros permanentes.

Para revertir la situación que se tenía, la actual Administración definió 2 grandes objetivos estratégicos. El primero de ellos, mejorar la calidad y calidez de los servicios y el segundo, sanear financieramente al Instituto.

Desde 2013, primer año de esta Administración, se comenzaron a implementar trascendentales esfuerzos de saneamiento financiero que se han reflejado en una reducción del déficit de operación y un superávit de 6,743 millones de pesos al cierre de 2016, resultado que no se había tenido desde el año 2008, y que ha permitido acortar la brecha entre ingresos y gastos, avanzando en la consolidación financiera del Instituto, como se muestra en la gráfica I.7.

En esta ruta de saneamiento financiero, el déficit como proporción del gasto ha ido a la baja; en 2012 fue de 8.1%, mientras que en 2015, último año con resultado desfavorable fue de 2.6% e incluso en 2016 ya no existe déficit. Esto es, a pesar de tener un gasto creciente, el déficit se ha extinguido.

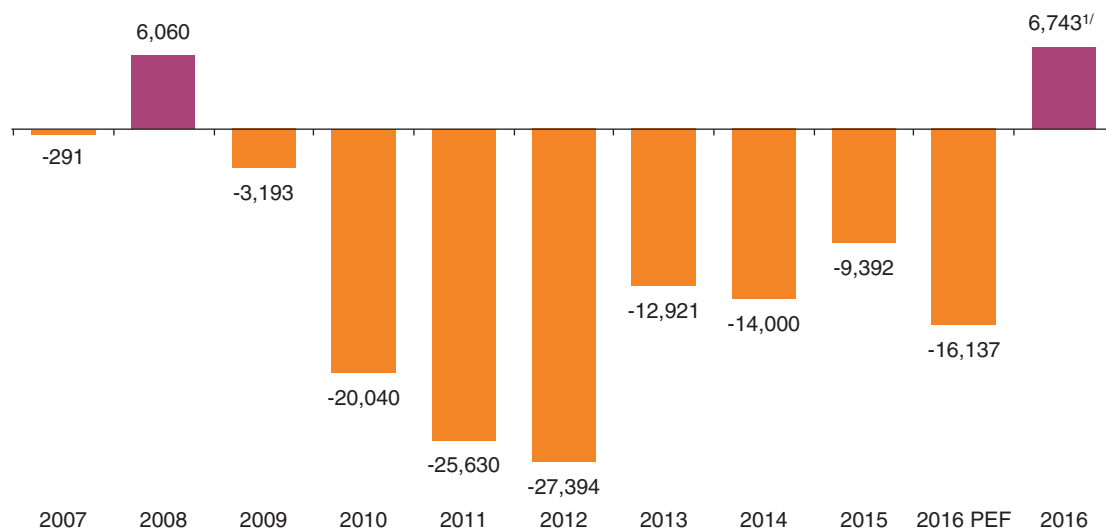
Lo anterior se ha logrado por 2 vías: i) incremento en los ingresos, y ii) eficacia en el gasto, mediante la obtención de ahorros en compras sustantivas y control del mismo, sin afectar el nivel de atención a más de 64 millones de derechohabientes.

El decálogo planteado por el Director General en el año 2016 marcó la pauta para activar los dispositivos de asignación de consultas y camas, incrementar la productividad de los recursos, sostener y aumentar

⁹ Todos los importes mencionados están expresados en millones de pesos de 2017, excepto cuando se indique algo distinto.

¹⁰ El superávit en términos corrientes fue de 6,388 millones de pesos.

Gráfica I.7.
Balance de operación
(millones de pesos de 2017)



^{1/} Este superávit será destinado a la constitución de reservas para el financiamiento del Programa de Inversión Física conforme a lo dispuesto en el Artículo 277 C de la Ley del Seguro Social.

PEF: Presupuesto de Egresos de la Federación.

Fuente: Dirección de Finanzas, IMSS.

recursos al rubro de inversión física; incrementar y mejorar la capacidad instalada en las guarderías, extender la capacitación de médicos al extranjero, aumentar la donación cadavérica e incrementar la realización de trasplantes de órganos, además de eliminar la comprobación de supervivencia de los pensionados y ampliar los trámites en el portal IMSS Digital facilitando el uso a los derechohabientes y usuarios. Estas iniciativas se comenzaron a implementar a pesar de tener una disminución en el gasto corriente, ya que de un gasto inicial autorizado de 97,175 millones de pesos se ejercieron 89,401 millones de pesos.

En la situación financiera favorable que tuvo el IMSS en 2016, destacan los siguientes resultados:

- En materia de recaudación, los Ingresos obrero-patronales en 2016 –sin IMSS como patrón– fueron superiores a la meta establecida en la Ley de Ingresos de la Federación (LIF) en 8,870 millones de pesos, y mayores en 5.2% en términos reales respecto a 2015.

- Durante el periodo 2013-2016, los Ingresos obrero-patronales crecieron 5% real en promedio, mientras que en la Administración anterior se tuvo un incremento de 2.5% real en promedio.
- Mayor productividad en la generación de productos financieros de las reservas; en 2016 se tuvo un ingreso adicional por 2,210 millones de pesos respecto a la meta original en ese rubro, generados por mejoras en las estrategias de inversión de los recursos de las distintas reservas del Instituto conforme lo mandata el Artículo 286 C de la Ley del Seguro Social, derivado de una mejor estrategia de colocación de activos financieros y de la diversificación de cartera con mejores tasas de rendimiento en comparación con las del mercado e incluso mayores que las del año pasado. Las inversiones del Instituto consideran los saldos de la Reserva Operativa en dólares. Los excedentes obtenidos en la Reserva Financiera Actuarial del Seguro de Enfermedades y Maternidad y de la Subcuenta 2, son producto de la asignación estratégica por

clase de activo y de la inversión en el mercado accionario local a través de mandatos de inversión, respectivamente.

- Una política de gasto que se alinea a las buenas prácticas en la gestión financiera, mediante la adecuación de la programación mensual, para tener un ejercicio con mejor validación y ejecución, lo cual dio como resultado un menor gasto corriente en 7,774 millones de pesos con respecto al autorizado en el Presupuesto de Egresos de la Federación (PEF), incluso el cierre 2016 tuvo una disminución real de 1.9% con respecto a 2015.
- En lo que concierne al gasto, el reto ha sido absorber el crecimiento de la nómina de Personal y del Régimen de Jubilaciones y Pensiones sin incrementar el uso de reservas. El aumento anual real promedio en el conjunto de estos rubros en el periodo 2013-2016 ha sido de 3%.
- Los ahorros obtenidos por compra consolidada han permitido atender el crecimiento de la población derechohabiente, así como el creciente gasto en salud derivado de la transición demográfica y el cambio en el perfil epidemiológico. Aún con esta creciente demanda, el gasto en medicamentos 2016 decreció en 1.1% real respecto a 2015.
- Se adquirió un mayor número de piezas y se atendieron 10% más de recetas que en 2015, alcanzando un nivel de atención de 98.5%, el valor más alto en la historia del Instituto.
- De igual manera, las compras emergentes de medicamentos se han reducido a las mínimas necesarias mediante la optimización de los niveles de inventario de medicamentos.
- Se logró un mejor nivel de inventarios al pasar de 1.2 meses de consumo en enero de 2015 a 2.2 meses en 2016.
- Para 2016, el gasto en servicios integrales de nefrología fue inferior en 16.3% respecto a 2015, atendiendo incluso el incremento de 7.3% en el

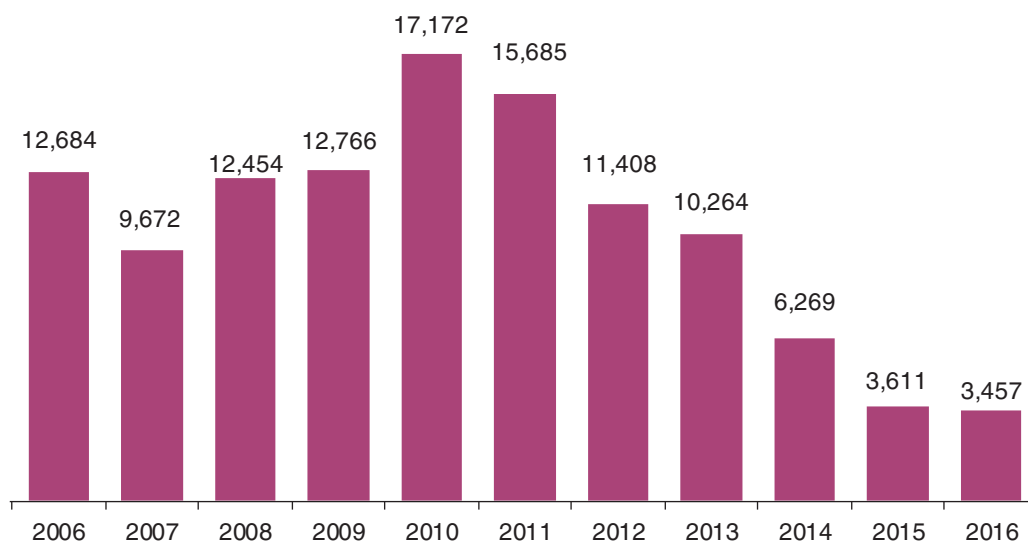
número de pacientes registrados en el censo. Lo anterior derivado de la contratación plurianual que significó disminuciones de 23% y 61% en los precios ponderados por sesión de hemodiálisis extramuros e intramuros, respectivamente.

- El gasto en 2016 de los servicios integrales distintos de nefrología fue menor en 5.1% respecto al año anterior, ello aun y cuando hubo un incremento de 1% en los egresos hospitalarios.
- En los servicios de Laboratorio Clínico, Banco de Sangre y Cirugía de Mínima Invasión en el periodo 2016-2019 se espera tener ahorros por 4,500 millones de pesos.
- El gasto en prestaciones económicas disminuyó de 2015 a 2016 en 3.9% real. A lo largo de la presente Administración, este rubro ha disminuido en promedio 1.1% real, mientras que la anterior Administración incrementó dicho gasto en 6.3% real en promedio cada año.
- En materia de pasivos, hubo una disminución de los compromisos con terceros, ya que se logró reducir en 44.8% el pago de pasivos, al pasar de 6,269 millones de pesos en 2014 a 3,457 millones de pesos en el cierre de 2016. Con respecto al inicio de la presente Administración, el nivel de pasivos disminuyó en 66.3% y para 2017 se prevé un nivel similar al de 2016; de esta forma, además de buscar el beneficio mutuo entre la proveeduría y el Instituto, se logra un nivel manejable de pasivos por la oportunidad en la liquidación de compromisos (gráfica I.8).

Todo lo anterior ha sido posible mediante la implementación de políticas de corto y mediano plazos que contribuyen a la mejora financiera; entre las más importantes están:

- Un ejercicio presupuestario sustentado en principios de orden, disciplina, oportunidad y eficiencia del gasto.

Gráfica I.8.
Pasivos al final de cada ejercicio
(millones de pesos de 2017)



Fuente: Dirección de Finanzas, IMSS.

- Una mayor fiscalización y auditorías a patrones, así como un mayor cumplimiento de pago de las obligaciones obrero-patronales.
- Una mejora en los procesos de compra que permitieron adquirir más bienes y servicios con menos recursos.
- Obtención de ahorros y la disciplina presupuestaria, que privilegia la realización de las diez medidas para mejorar los servicios institucionales (decálogo).
- Revisión periódica del programa de trabajo y del presupuesto con las Delegaciones y las Unidades Médicas de Alta Especialidad, lo cual permitió a lo largo de 2016, identificar posibles economías o presiones de gasto, presupuestos sin ejercer y asignar recursos a las prioridades, con incremento en la prestación de servicios.
- Seguimiento en los registros presupuestarios de los compromisos adquiridos, lo cual es indispensable para generar los pagos oportunos a la proveeduría.
- Negociación de menores precios; un factor importante en el control y contención del gasto fue la contratación de servicios plurianuales de alto impacto presupuestario, como es el caso de las terapias renales.
- Facilidades presupuestarias; se estableció un mecanismo de transferencias compensadas diarias en línea para reordenar los recursos autorizados, entre las diferentes unidades de servicio del IMSS, lo cual ha permitido ajustar el presupuesto a las necesidades y atender requerimientos financieros en los rubros del gasto corriente.
- Pagos oportunos; en los últimos tres ejercicios fiscales se ha contemplado el pago de impuestos y obligaciones patronales ante la Secretaría de Hacienda y Crédito Público y el INFONAVIT en el mismo ejercicio fiscal en que se devenguen las nóminas, a efecto de no utilizar el presupuesto del siguiente año.
- Continuidad en la mejora de la gestión directiva y operativa; aquí destaca la implementación de proyectos innovadores, por ejemplo, la consolidación del proyecto de asignación de recursos para el traslado de pacientes, donde se espera obtener ahorros adicionales a través del control con una tarjeta electrónica para el

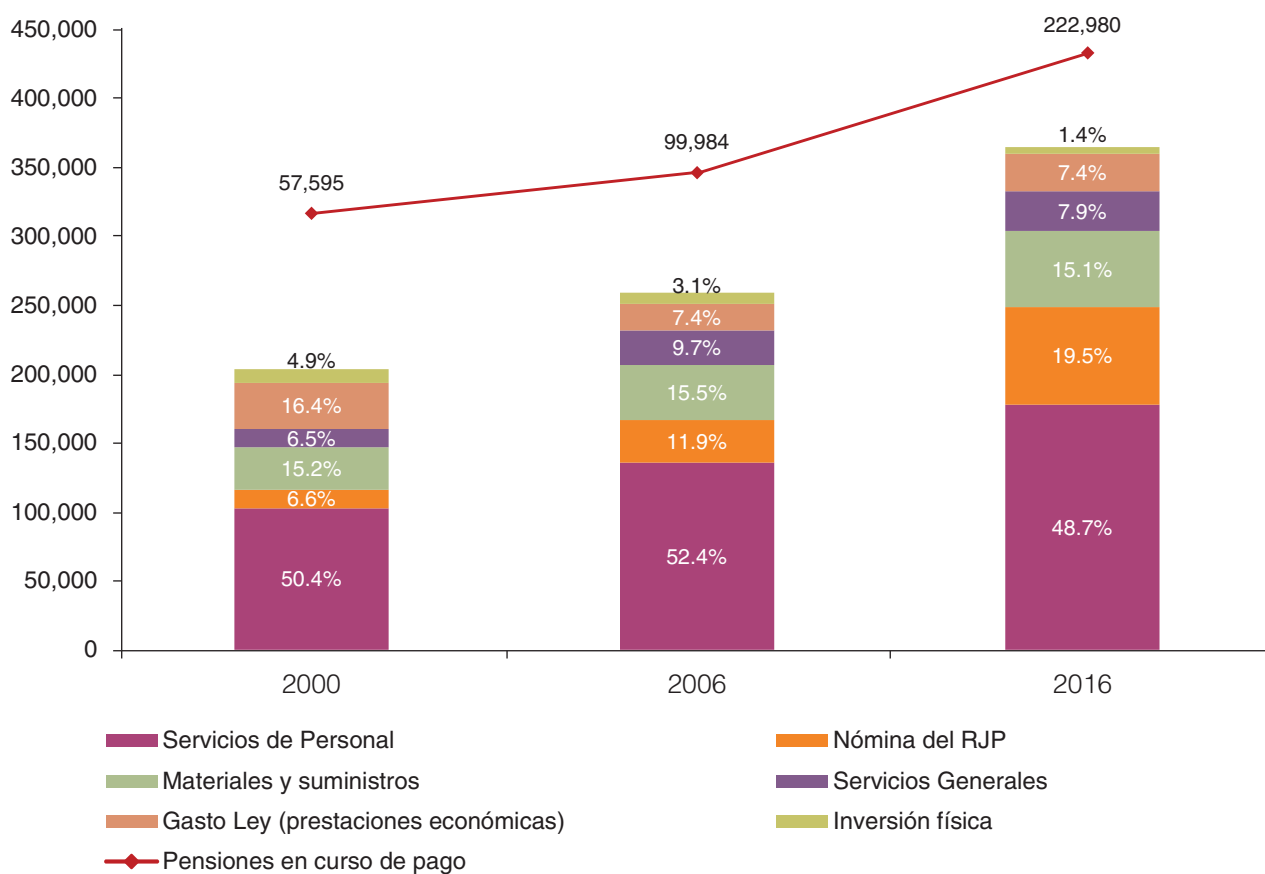
depósito de los viáticos a los beneficiarios de la prestación.

El control y la disciplina presupuestal ha incidido para cambiar la trayectoria financiera que ha tenido el IMSS, de manera que rubros como la nómina de personal, materiales y suministros y servicios generales, en 2016 tienen menos participación relativa en el total del gasto (gráfica I.9). Por otra parte, comparado con 2006, la nómina del Régimen de Jubilaciones y Pensiones (RJP) ha representado un porcentaje creciente respecto al gasto total; ante ello, se han mejorado los procesos de pago bancario

bajo un esquema de conexión directa entre las bases de datos de los bancos y el IMSS, lo cual representa una eficiencia operativa en la programación de flujo de efectivo y lo que significó una reducción de 2,322 millones de pesos en 2016.

En suma, los resultados de 2016 establecen un panorama de mejoría para las finanzas del IMSS, por lo que las proyecciones financieras de ingresos, gasto, excedentes y fondeo de reservas del modelo financiero a corto plazo (2017 a 2025) proyectan una sustentabilidad hasta el año 2020.

Gráfica I.9.
Participación en el gasto total, años 2000, 2006 y 2016
(millones de pesos de 2017)



Fuente: Dirección de Finanzas, IMSS.

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

Supuestos

El cuadro I.5 presenta los principales supuestos utilizados para elaborar las proyecciones 2017-2025 de ingresos y gastos.

Para 2017, se prevé el fortalecimiento de los ingresos y la obtención de ahorros permanentes por compras consolidadas y contrataciones multianuales de servicios sustantivos. En este año, el IMSS considera factores como la incertidumbre en los mercados

financieros, inestabilidad en precios de las materias primas y los energéticos, fluctuación en el crecimiento de economías ligadas a la nuestra, el tipo de cambio, la capacidad de pago de los patrones y de la liquidez en el mercado interno, entre otros. La proyección de crecimiento económico para 2017 en cifras SHCP-Banxico es de 1.8% real, en tanto que para el periodo 2018-2025 el crecimiento oscila en un rango de 2.3 a 2.9% real.

En materia de Inversión Física, se pretende impulsar la estrategia de infraestructura mediante el esquema de Asociaciones Público Privadas (APP), el cual contempla proyectos que prevén un plazo de contratación de 25 años, incluidos 2 años de construcción y 23 años de operación.

Cuadro I.5.
Supuestos de proyecciones financieras de corto plazo, 2001-2025
(% variación anual, promedios del periodo/año)

Concepto	2001-2016	2007-2016	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Producto Interno Bruto												
SHCP-Banxico ^{1/}	2.18	2.16	2.30	1.80	2.50	2.35	2.87	2.87	2.87	2.87	2.87	2.87
OCDE ^{2/}	2.18	2.16	2.30	2.74	2.70	2.71	2.73	2.75	2.78	2.81	2.84	2.84
Empleo en el IMSS ^{3/}	2.58	3.15	4.10	2.38	2.75	2.35	2.73	2.75	2.78	2.81	2.84	2.84
Inflación ^{4/}	4.12	3.92	3.36	2.72	3.88	3.58	3.43	3.43	3.45	3.45	3.45	3.45
Salario base nominal ^{5/}	5.26	4.31	3.90	3.09	4.27	3.94	3.77	3.77	3.80	3.80	3.80	3.80
Salario base real ^{6/ = 5/ - 4/}	1.14	0.39	0.54	0.37	0.39	0.36	0.34	0.34	0.35	0.35	0.35	0.35
Ingreso obrero-patronal real IMSS (excluyendo IMSS-Patrón) ^{7/}	-	3.40	5.15	2.69	3.45	2.80	3.16	3.19	3.22	3.25	3.27	3.27

^{1/} Para el periodo 2001-2016, Producto Interno Bruto del Instituto Nacional de Estadística y Geografía en series originales. Para la expectativa de crecimiento económico de 2017-2018, Informe Semanal del Vocero del 3 al 7 de abril de 2017, SHCP. Para la expectativa de crecimiento económico de 2019-2025 estimaciones propias con base en la Encuesta sobre las Expectativas de los Especialistas en Economía del Sector Privado: marzo de 2017, Banco de México.

^{2/} Para el periodo 2001-2016, Producto Interno Bruto del Instituto Nacional de Estadística y Geografía en series originales. Para la expectativa de crecimiento económico de 2017-2025, Pronósticos de Largo Plazo de la OCDE, GDP long-term forecast (indicator). doi: 10.1787/d927bc18-en (Accessed on 31 March 2017).

^{3/} Para el periodo 2001-2016, trabajadores asegurados del Instituto Mexicano del Seguro Social. Para la expectativa de crecimiento del empleo de 2017, Ley de Ingresos de la Federación. Para la expectativa de crecimiento del empleo de 2018, se considera una elasticidad empleo-producto igual a 1.1 y la expectativa de crecimiento del PIB SHCP-Banxico. Para la expectativa de crecimiento de empleo de 2019, se considera una elasticidad empleo-producto igual a 1 y la expectativa de crecimiento del PIB SHCP-Banxico. Para la expectativa de crecimiento de empleo de 2020-2025, se considera una elasticidad empleo-producto igual a 1 y la expectativa de crecimiento del PIB OCDE.

^{4/} Para el periodo 2001-2016, Índice Nacional de Precios al Consumidor del Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Para la expectativa de inflación de 2017, Ley de Ingresos de la Federación. Para la expectativa de inflación de 2018-2025, la Encuesta sobre las Expectativas de los Especialistas en Economía del Sector Privado: marzo de 2017, Banco de México.

^{5/} Para el periodo 2001-2016, salario de trabajadores asegurados del Instituto Mexicano del Seguro Social. Para la expectativa de crecimiento del salario de 2017, Ley de Ingresos de la Federación. Para la expectativa de crecimiento del salario de 2018-2025, se considera una elasticidad salario-inflación igual a 1.1 y las expectativas de inflación para el mismo periodo.

^{6/} Salario real con base en el crecimiento de salario base nominal e inflación.

^{7/} Refiere a la recaudación por cuotas obrero-patronales, así como otros ingresos como recuperación de cartera y mora, fiscalización, capitales constitutivos, derivados de cuotas (multas, recargos, actualizaciones y gastos de ejecución) y comisiones por servicios de AFORE e INFONAVIT. Se excluye IMSS como Patrón. Para la expectativa de crecimiento real del ingreso obrero-patronal IMSS (excluyendo IMSS-Patrón) de 2017, Ley de Ingresos de la Federación.

Fuente: IMSS.

Resultados con base en las proyecciones del cierre de 2017

Para el escenario de corto plazo se proyecta que al final de 2017 los ingresos llegarán a 625,863 millones de pesos (cuadro I.6), mientras que el gasto podría llegar a 619,687 millones de pesos en los diversos capítulos que lo componen, lo cual generaría un excedente de 6,176 millones de pesos antes del incremento de reservas, y un excedente de 773 millones de pesos después de la acumulación de las reservas y Fondo Laboral, más intereses restringidos por 6,963 millones de pesos de la Reserva de Operación para Contingencias y Financiamiento y 5 millones de pesos del Fondo Laboral. Con las cifras antes mencionadas, se prevé un superávit de 241 millones de pesos que serían destinados a cubrir el gasto de inversión física de ejercicios posteriores, en los términos de lo previsto en el Artículo 277 C de la Ley del Seguro Social.

Entre los años 2017 a 2025, el crecimiento de la nómina del Régimen de Jubilaciones y Pensiones sigue siendo el mayor reto que enfrenta el Instituto, aunque se han realizado esfuerzos importantes para contener este comportamiento, como las reformas a la Ley del Seguro Social en 2004 y la suscripción de los respectivos convenios en 2005 y 2008¹¹, persiste el pasivo laboral. Para el cierre de 2017 se tiene proyectado que la nómina del Régimen de Jubilaciones y Pensiones mostrará un crecimiento en el gasto de 11.9% real con respecto al año anterior, sin embargo, para el periodo correspondiente de 2018-2025 se estima un tasa media de crecimiento anual de 3.3% real.

Para estar en condiciones óptimas de infraestructura se busca 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 2017-2025, se estima un monto de inversión de 54,415 millones de pesos.

Por lo anterior, es necesario satisfacer las necesidades de cobertura de las plantillas relacionadas a obras médicas terminadas, así como la construcción de unidades nuevas instruidas por la Dirección General, remodelación de unidades médicas y mantener el nivel de operación en las condiciones actuales.

Para alcanzar el equilibrio financiero, en el periodo 2017 a 2025 con la mejoría en las finanzas del IMSS se utilizarán la Reserva de Operación para Contingencias y Financiamiento y la Reserva Financiera y Actuarial del Seguro de Enfermedades y Maternidad. La utilización de la Reserva de Operación para Contingencias y Financiamiento para financiar el Programa de Inversión Física durante el bienio 2017-2018 se realizará en términos de lo dispuesto en el Artículo 277 C de la Ley del Seguro Social. Esta medida dará impulso a las adquisiciones de equipo médico, lo cual contribuirá, por un lado, a fortalecer la operación de programas médicos prioritarios y por otro, a reducir el gasto operativo, al incurrir en menos erogaciones por la contratación de servicios médicos subrogados.

La perspectiva de adquisición de equipo médico es para bienes especializados de alto costo, como es el caso de aceleradores lineales, tomógrafos, mastógrafos y equipos de braquiterapia, todos de un alto impacto en la prestación de servicios preventivos y curativos a la población derechohabiente.

Para el Informe 2011-2012 se esperaba que la sustentabilidad financiera del IMSS fuera hasta 2014; en el Informe 2013-2014, hasta 2016, y en el Informe de 2015-2016 se proyectó una sustentabilidad hasta el 2019. Debido al buen resultado de 2016, las perspectivas a corto plazo se modifican y las proyecciones financieras hacen viable la

¹¹ Ver Capítulo X para más detalles.

Cuadro I.6.
Flujo de efectivo: cierre 2016, presupuesto 2017 y proyecciones de cierre 2017-2025
(millones de pesos 2017)

Concepto	2016	PEF 2017	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Ingresos (1)	610,226	623,382	625,863	660,227	693,707	732,244	773,555	818,990	868,582	922,317	980,280
Ingresos de Ley	367,281	367,969	370,432	380,390	390,467	402,178	414,334	426,984	440,144	453,820	467,926
Cuotas obrero-patronales	283,791	283,242	285,704	292,848	300,560	309,521	318,822	328,499	338,566	349,027	359,817
Aportaciones del Gobierno Federal	83,490	84,728	84,728	87,542	89,907	92,656	95,512	98,485	101,578	104,793	108,109
Productos financieros	9,262	6,706	7,950	12,177	12,097	11,355	10,795	10,626	11,145	11,632	12,249
Otros ingresos	5,699	5,367	4,716	4,957	5,177	5,437	5,718	6,025	6,317	6,620	6,944
Otros	1,905	576	576	576	576	576	576	576	576	576	576
Derivados de Cuotas	3,389	3,029	3,029	3,129	3,214	3,312	3,414	3,521	3,631	3,746	3,865
Comisiones por la administración de pensiones en curso de pago	-	651	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Recuperación Adeudo RJP IMSS-PROSPERA	405	1,112	1,112	1,252	1,388	1,549	1,728	1,929	2,110	2,298	2,504
Aportación de los trabajadores al Fondo de Jubilación	1,841	1,674	1,726	1,594	1,466	1,343	1,222	1,101	981	862	743
Adeudo del Gobierno Federal	894	2,038	1,412	-	-	-	-	-	-	-	-
Pensiones en curso de pago	225,248	239,626	239,626	261,110	284,499	311,931	341,486	374,254	409,995	449,385	492,418
Egresos (2)	590,214	625,164	619,687	654,525	691,131	733,516	776,179	821,796	870,465	922,064	977,149
Servicios de personal	177,703	176,493	176,377	181,179	185,432	190,477	195,250	199,576	204,220	208,876	213,591
Régimen de Jubilaciones y Pensiones	70,975	80,871	79,442	83,822	88,065	91,660	95,084	98,512	101,538	103,273	104,948
Subsidios, ayudas, indemnizaciones y pensiones temporales y provisionales	18,009	18,194	18,506	19,295	20,149	21,140	22,181	23,273	24,419	25,623	26,886
Sumas aseguradas	9,167	10,643	9,901	10,798	11,778	12,847	14,012	15,284	16,671	18,183	19,833
Inversión física	5,030	7,126	6,436	6,739	6,506	6,290	6,081	5,879	5,682	5,493	5,310
Materiales y suministros	55,140	59,102	55,268	55,966	56,817	58,403	59,799	61,168	62,503	63,966	65,201
Servicios generales	34,261	37,572	38,770	39,758	41,758	44,436	45,786	47,195	48,656	50,374	51,951
Operaciones ajenas	-5,034	-4,463	-4,640	-4,141	-3,873	-3,668	-3,500	-3,345	-3,218	-3,108	-2,989
Pensiones en curso de pago	224,965	239,626	239,626	261,110	284,499	311,931	341,486	374,254	409,995	449,385	492,418
Excedente (déficit) (3)=(1)-(2)	20,011	-1,782	6,176	5,703	2,576	-1,272	-2,624	-2,806	-1,884	253	3,131
Incremento en RFA, RGFA y FCOLCLC (4)	12,474	10,344	5,403	14,150	14,564	13,822	13,167	12,838	13,216	13,576	14,065
Excedente (déficit) después de la creación de las reservas (5)=(3)-(4)	7,537	-12,126	773	-8,447	-11,988	-15,094	-15,791	-15,644	-15,100	-13,323	-10,934
Movimientos de la ROCF	-503	-576	-6,963	-1,511	-813	-701	-672	-678	-689	-702	-712
Movimientos del FCOLCLC (Subcuenta 1)	-4	-5	-5	-2	-2	-1	-1	-1	-1	-2	-2
Total Uso de Reservas y Fondo	0	12,707	6,436	9,960	12,803	15,797	12,744	-	-	-	-
Uso de la ROCF	0	0	6,436	6,739	627	-	-	-	-	-	-
Uso de la RFA del SEM	0	12,707	0	3,221	12,176	15,797	12,744	-	-	-	-
Transferencia entre reservas (6)	-508	12,126	-532	8,447	11,988	15,094	12,071	-680	-691	-704	-713
Devolución al Gobierno Federal (7)	283	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Adeudo IMSS-PROSPERA (8)	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Saldo en RO después de transferencias (9)=(5)+(6)-(7)-(8)	6,743	-	241	-	-	-	-3,720	-16,324	-15,791	-14,027	-11,647

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

Fuente: Dirección de Finanzas, IMSS.

sustentabilidad hasta 2020, con un déficit en 2021 de 3,720 millones de pesos, que pudiera superarse con una trayectoria ligeramente mayor en los ingresos o con la reducción de gastos.

La gráfica I.10 muestra el comparativo de cómo se ha incrementado el número de años en los que el IMSS agotará sus reservas financieras (ROCF y RFA del SEM).

En los últimos 2 años el uso de reservas ha sido menor al estimado en el Presupuesto de Egresos de la Federación, por lo que el superávit de 2016 también modifica las proyecciones del uso de reservas para los años subsecuentes, como se muestra en la gráfica I.11.

I.2.4. Proyecciones financieras de largo plazo

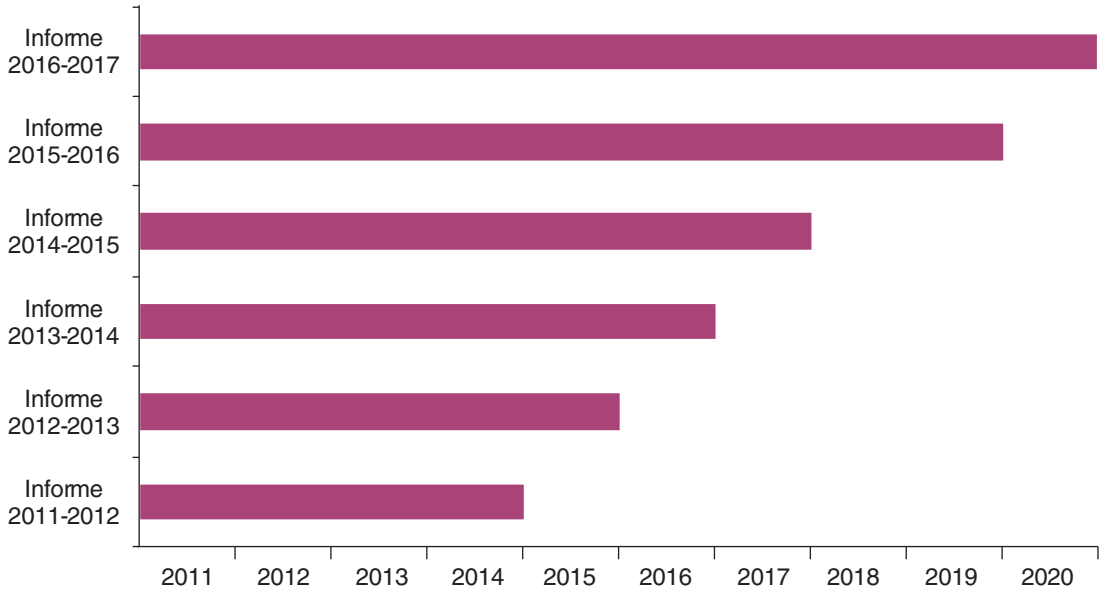
En complemento a la sección I.2.3 Proyecciones Financieras de Corto Plazo, en la presente sección se muestra la perspectiva de la situación financiera

global del IMSS hacia el año 2050. En los Capítulos V y VI se incluyen las estimaciones correspondientes a los Seguros de Enfermedades y Maternidad y de Guarderías y Prestaciones Sociales respectivamente. En estos se presenta también la viabilidad financiera de los mismos para el periodo proyectado, medida en términos de sus primas de financiamiento.

Las principales bases de cálculo a partir de las cuales se realizan las proyecciones financieras de largo plazo consideran los siguientes elementos:

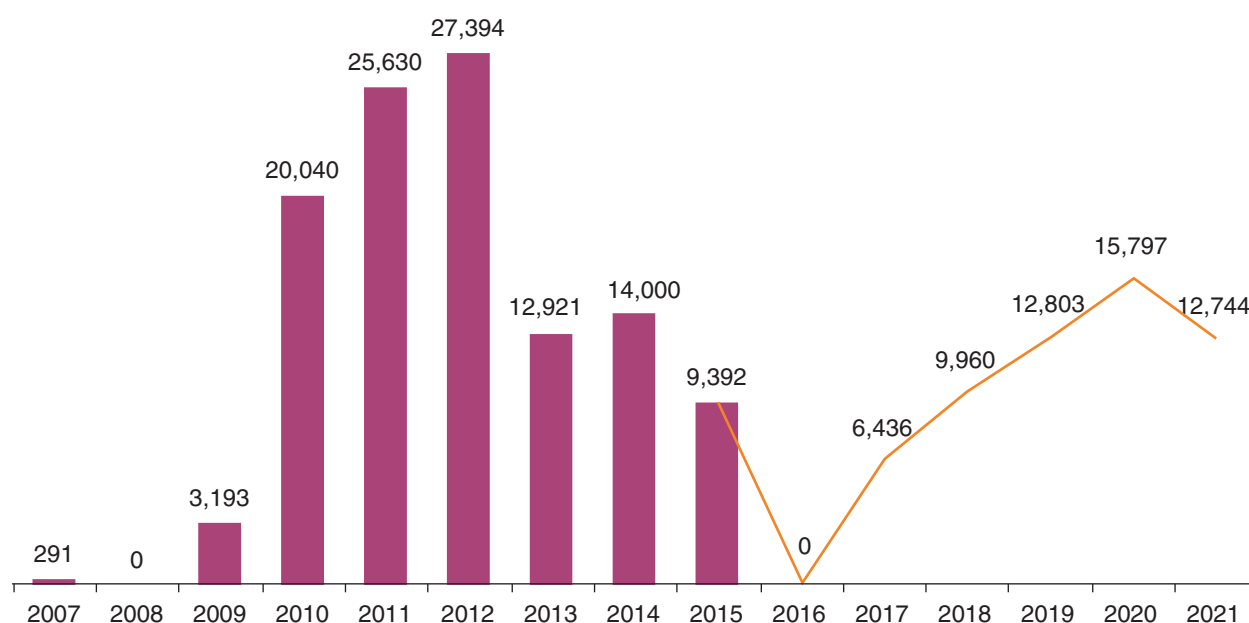
- i) Proyecciones financieras de corto plazo, presentadas en la sección I.2.3.
- ii) Hipótesis financieras de largo plazo, que se detallan en el cuadro I.7.
- iii) Resultados de las valuaciones actuariales del IMSS al 31 de diciembre de 2016.
- iv) Metodología integral de ingresos y gastos, determinada a partir de las principales variables que inciden en cada uno de los seguros no evaluados actuarialmente.

Gráfica I.10.
Suficiencia Financiera del IMSS, Informes al Ejecutivo y al Congreso de 2011 a 2017



Fuente: Dirección de Finanzas, IMSS.

Gráfica I.11.
Uso de Reservas y Fondo Laboral, y proyecciones 2017
(millones de pesos de 2017)



Fuente: Dirección de Finanzas, IMSS.

Cuadro I.7.
Principales supuestos en las proyecciones de flujo de efectivo, 2026-2050

Concepto	2026	2030	2035	2040	2045	2050
Crecimiento de empleo en el IMSS (%)	2.87	2.67	2.45	2.12	1.68	1.13
Crecimiento real de salarios de cotización (%)	0.34	0.33	0.33	0.32	0.31	0.30
Días cotizados (promedio)	340	340	340	340	340	340
Crecimiento de salario nominal IMSS (%)	4.51	4.51	4.51	4.51	4.51	4.52
Crecimiento de trabajadores IMSS (%)	1.53	1.52	1.50	1.44	1.39	1.02

Fuente: Dirección de Finanzas, IMSS.

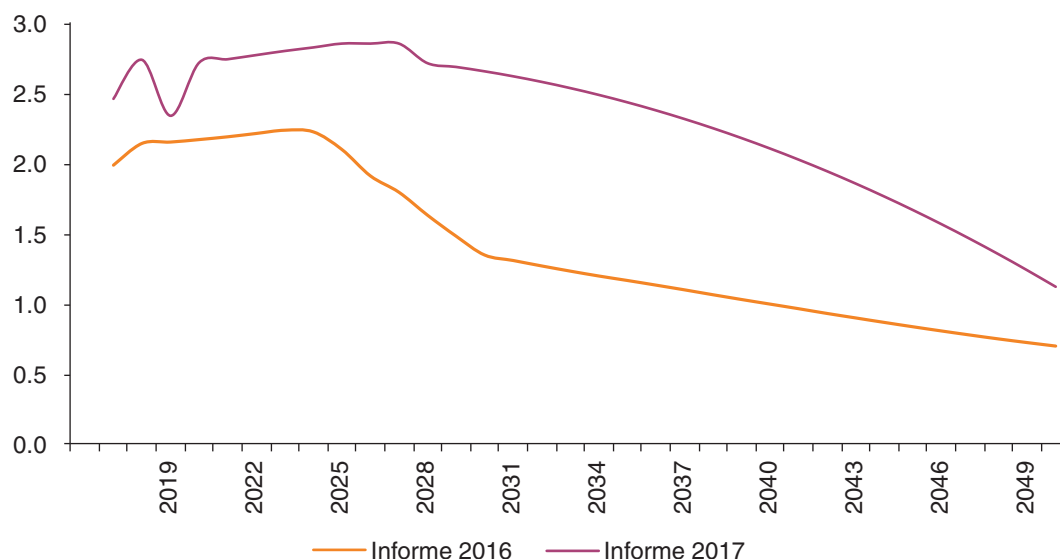
Comentarios sobre los supuestos de proyección de largo plazo

En la gráfica I.12 se comparan los supuestos de crecimiento de trabajadores asegurados utilizados en las proyecciones financieras de largo plazo del Instituto utilizadas para el Informe 2015-2016 y las del presente Informe. El supuesto de crecimiento promedio anual de asegurados del periodo 2017-2050 se determinó en 2.3%, el cual es superior en 0.9 puntos porcentuales al establecido en 2016.

La expectativa de mayor crecimiento de asegurados en todo el periodo de proyección implica un efecto de mayor afiliación de trabajadores, y por tanto un aumento en el nivel de recaudación por concepto de cuotas obrero-patronales y aportaciones estatutarias del Gobierno Federal.

Algunos conceptos de gasto operativo están directamente relacionados con la afiliación de los trabajadores. Entre estos se encuentran los asociados a la prestación de los servicios médicos, el otorgamiento de los servicios de guardería y los servicios integrales.

Gráfica I.12.
Crecimiento de trabajadores asegurados para el periodo 2017-2050,
Informes al Ejecutivo y al Congreso 2016 y 2017
 (tasas en por ciento)



Fuente: Dirección de Finanzas; Dirección de Incorporación y Recaudación, IMSS.

Esto implica que se observarán incrementos en estos gastos, en relación con la población asegurada; sin embargo, en términos generales, se espera que la perspectiva financiera del Instituto mejore en cada año de proyección, debido a los esfuerzos de contención de gasto que se realizan actualmente y que se prevé continuarán en el corto plazo.

Situación actual del IMSS

De 2017 a 2050, se estima que las cuotas obrero-patronales tendrán un crecimiento real anual de 2.5%. Al mismo tiempo, las aportaciones del Gobierno Federal crecerán en 2.4% real en promedio anual. Estos crecimientos representan una variación positiva de 0.8 y 0.9 puntos porcentuales respecto a los crecimientos proyectados para estos conceptos en el ejercicio anterior. En conjunto, los ingresos totales del IMSS crecerán en 2.8% en promedio anual, a diferencia del incremento que se preveía en 2016 de 2.4%.

Respecto a los gastos institucionales, se estima que los recursos destinados a los Servicios de Personal y al pago de los beneficios del Régimen de Jubilaciones y Pensiones del IMSS representarán en conjunto poco más de la tercera parte de los egresos totales, en el periodo de 2017 a 2050.

Los capítulos de gasto en los que se refleja el efecto de una mayor afiliación de trabajadores son, entre otros: sumas aseguradas, servicios generales y materiales y suministros. En consecuencia, el rubro de sumas aseguradas observará el mayor crecimiento promedio anual igual a 7.5%, superior en 2.1 puntos porcentuales respecto al crecimiento estimado en el ejercicio anterior; mientras que los conceptos de servicios generales y materiales y suministros aumentarán en 3.4 y 3.2%, respectivamente.

En el cuadro I.8 se presentan las proyecciones de cada concepto de ingreso y de gastos para el largo

Cuadro I.8.
Presupuesto 2017 y proyecciones de flujo de efectivo 2017-2050^{1/, 2/}
(millones de pesos de 2017)

Concepto	Ppto. ^{3/} 2017	Cierre 2017	2018	2019	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050
Ingresos (1)	623,382	625,863	660,227	693,707	732,244	980,280	1,121,813	1,338,408	1,500,148	1,551,466	1,556,050
Cuotas obrero-patronales	283,242	285,704	292,848	300,560	309,521	359,817	416,385	476,697	538,136	595,729	643,194
Aportaciones del Gobierno Federal	84,728	84,728	87,542	89,907	92,656	108,109	123,738	140,147	156,557	171,565	183,432
Otros ingresos ^{4/}	14,112	14,079	17,134	17,275	16,791	19,193	24,622	29,631	34,643	40,001	45,823
Pensiones en curso de pago	239,626	239,626	261,110	284,499	311,931	492,418	556,694	691,882	770,792	744,161	683,594
Otros ^{5/}	1,674	1,726	1,594	1,466	1,343	743	374	51	19	10	7
Egresos (2)	625,164	619,687	654,525	691,131	733,516	977,149	1,143,167	1,390,963	1,583,288	1,676,096	1,737,224
Servicios de personal	176,493	176,377	181,179	185,432	190,477	213,591	257,842	309,665	371,031	443,446	528,771
Régimen de Jubilaciones y Pensiones	80,871	79,442	83,822	88,065	91,660	104,948	114,290	119,458	112,171	100,635	83,161
Subsidios y ayudas	15,325	15,983	16,684	17,445	18,330	23,471	25,203	29,037	33,033	36,858	40,121
Pensiones temporales y provisionales	2,137	1,922	1,997	2,078	2,168	2,686	5,409	7,650	9,228	10,809	12,213
Indemnizaciones y laudos	732	601	613	626	642	729	2,738	3,171	3,663	4,176	4,615
Sumas aseguradas	10,643	9,901	10,798	11,778	12,847	19,833	36,615	56,611	77,930	94,907	107,273
Inversión física	7,126	6,436	6,739	6,506	6,290	5,310	5,310	5,310	5,310	5,310	5,310
Materiales y suministros	59,102	55,268	55,966	56,817	58,403	65,201	79,243	95,978	114,520	135,220	156,498
Servicios generales	37,572	38,770	39,758	41,758	44,436	51,951	61,848	73,488	86,426	100,769	115,672
Pensiones en curso de pago	239,626	239,626	261,110	284,499	311,931	492,418	556,694	691,882	770,792	744,161	683,594
Otros gastos ^{6/}	-4,463	-4,640	-4,141	-3,873	-3,668	-2,989	-2,024	-1,287	-816	-194	-3
Excedente (déficit) de operación del año (3)=(1)-(2)	-1,782	6,176	5,703	2,576	-1,272	3,131	-21,354	-52,555	-83,140	-124,630	-181,174
Incremento en RFA, RGFA y FCOLCLC (4)	10,344	5,403	14,150	14,564	13,822	14,065	16,515	19,317	22,916	26,974	32,256
Excedente (déficit) después de la creación de las reservas (5)=(3)-(4)	-12,126	773	-8,447	-11,988	-15,094	-10,934	-37,869	-71,871	-106,056	-151,605	-213,431
Movimientos de la ROCF ^{7/}	-576	-6,963	-1,511	-813	-701	-712	-770	-834	-902	-976	-1,057
Movimientos de la Subcuenta 1 del FCOLCLC ^{7/}	-5	-5	-2	-2	-1	-2	-1	-1	-1	-1	-1
Total Uso de Reservas y Fondo	12,707	6,436	9,960	12,803	15,797	-	-	-	-	-	-
Uso de la ROCF	-	6,436	6,739	627	-	-	-	-	-	-	-
Uso de la RFA del SEM	12,707	-	3,221	12,176	15,797	-	-	-	-	-	-
Transferencia neta entre reservas (6)	12,126	-532	8,447	11,988	15,094	-713	-771	-835	-903	-977	-1,058
Excedente (déficit) en RO después usos y transferencias de reservas (7)=(5)+(6)	-	241	-	-	-	-11,647	-38,640	-72,706	-106,959	-152,582	-214,488

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

^{2/} Las cifras del periodo 2017-2025 corresponden a las del cuadro I.6, a partir de las cuales se proyectó el flujo de efectivo para el largo plazo (2026-2050).

^{3/} Presupuesto 2017 del IMSS y Reporte de la Dirección General, diciembre 2016.

^{4/} Incluye Otros Ingresos, Productos Financieros, Recuperación adeudo RJP IMSS-POSPERA 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.

plazo, de donde se observa que se mantendrá la tendencia positiva de la trayectoria financiera actual del Instituto.

Los resultados financieros obtenidos para el largo plazo muestran que en cada uno de los años proyectados el déficit será menor al estimado en el Informe de 2016.

Estos resultados son consecuencia, por una parte, de una expectativa de empleo en el IMSS favorable para el mediano plazo, asociado a un panorama de crecimiento económico del país, y por otro lado, la continuidad de la implementación de medidas estratégicas para hacer más eficiente la gestión de los recursos institucionales, de acuerdo con las

necesidades de la población derechohabiente, en concordancia con la transición epidemiológica y demográfica prevista en el periodo proyectado.

Comparación de los resultados del Informe actual y del Informe anterior

En el cuadro I.9 se muestra, en términos de valor presente, la situación financiera para cada seguro correspondiente a las proyecciones hasta el año 2050, para el presente Informe y para el del ejercicio anterior¹². Los resultados por seguro se expresan en pesos de 2016 y 2017. Asimismo, se presenta esta situación financiera respecto al Producto Interno Bruto de cada uno de esos años¹³.

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

Tipo de seguro	Informe 2015-2016		Informe 2016-2017	
	Superávit/ déficit acumulado 2016-2050 ^{1/}	% PIB 2016 (PIB estimado)	Superávit/ déficit acumulado 2017-2050 ^{2/}	% PIB 2017 (PIB estimado)
Seguros deficitarios:				
Seguro de Enfermedades y Maternidad	-2,319,330	12.1	-2,243,062	11.0
Asegurados	-762,114	4.0	-781,792	3.9
Pensionados	-1,557,216	8.1	-1,461,269	7.2
Seguro de Salud para la Familia	-216,173	1.1	-210,016	1.0
Seguros superavitarios:				
Seguro de Guarderías y Prestaciones Sociales	2,020	0.0	16,264	0.1
Seguro de Riesgos de Trabajo	329,183	1.7	437,868	2.2
Seguro de Invalidez y Vida	669,899	3.5	781,568	3.9
Total	-1,534,402	8.0	-1,217,378	6.0

^{1/} Cifras expresadas en millones de pesos de 2016.

^{2/} Cifras expresadas en millones de pesos de 2017.

Fuente: Dirección de Finanzas, IMSS.

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 2016 estimado igual a 19'219,600 millones de pesos y el Producto Interno Bruto estimado para 2017 es de 20'300,300 millones de pesos, de acuerdo con los Criterios Generales de Política Económica 2016 y 2017.

La reducción de 2 puntos porcentuales en el nivel de déficit expresado como porcentaje del Producto Interno Bruto respecto a los resultados del Informe anterior¹⁴ refleja los resultados de los esfuerzos que ha llevado a cabo la presente Administración, para contener el gasto e incrementar la productividad que se han impulsado mediante la implementación de diversas acciones, estrategias y programas que se detallan en el Capítulo XI.

¹⁴ En 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.



En este capítulo se presentan las principales acciones realizadas en materia de incorporación y recaudación, con las cuales se ha mejorado la calidad y calidez de los servicios, así como contribuido al saneamiento financiero del Instituto. En 2016, se alcanzaron nuevamente niveles históricos en materia de afiliación con crecimientos prácticamente al doble de lo que crece el Producto Interno Bruto y se avanzó en la aplicación del Modelo Integral de Fiscalización, con resultados favorables, ya que con un menor número de actos de autoridad se obtuvieron ingresos extraordinarios por 14 mil millones de pesos, derivados de una mayor eficiencia recaudatoria, así como una mejor fiscalización y cobranza; una recaudación extraordinaria que representó 8.5% más que lo reportado en 2015.

Estas acciones, al igual que el año pasado, se han traducido en niveles de ingreso obrero-patronal superiores a las metas previstas. En 2016, pese a que las proyecciones de recaudación se calcularon con un crecimiento económico esperado de 3.1%, y la cifra observada fue de 2.3%, se superó en 8,600 millones de pesos la meta de ingresos contemplada en la Ley de Ingresos de la Federación; el mayor superávit en lo que va de esta Administración. Con lo anterior, el excedente alcanzado durante los primeros 4 años de la actual Administración asciende a 14,300 millones de pesos, cifra que, para ponerla en perspectiva, equivale a más de 70% de lo que el Instituto invertirá en infraestructura médica en los próximos 2 años. Este ingreso acumulado en 4 años equivale a un crecimiento de 36.3% nominal y 19.5% real, lo que contrasta con lo reportado en los primeros 4 años de la Administración anterior de 3% real.

En materia de generación de empleo formal afiliado al IMSS, el año 2016 fue significativo, pues se observó el mejor aumento anual reportado desde 1997 y con ello se continuó con niveles históricos por cuarto año consecutivo, creciendo casi al doble de velocidad que la economía y alcanzando en lo que va de la presente Administración, del 1° de diciembre de 2012 al 31 de marzo de 2017, una creación de 2'699,382 empleos formales. Ésta es la mayor creación reportada desde que se tenga registro, casi tres veces superior a lo creado en el mismo periodo de la anterior Administración, e incluso mayor que lo creado en la totalidad de los sexenios de las administraciones pasadas.

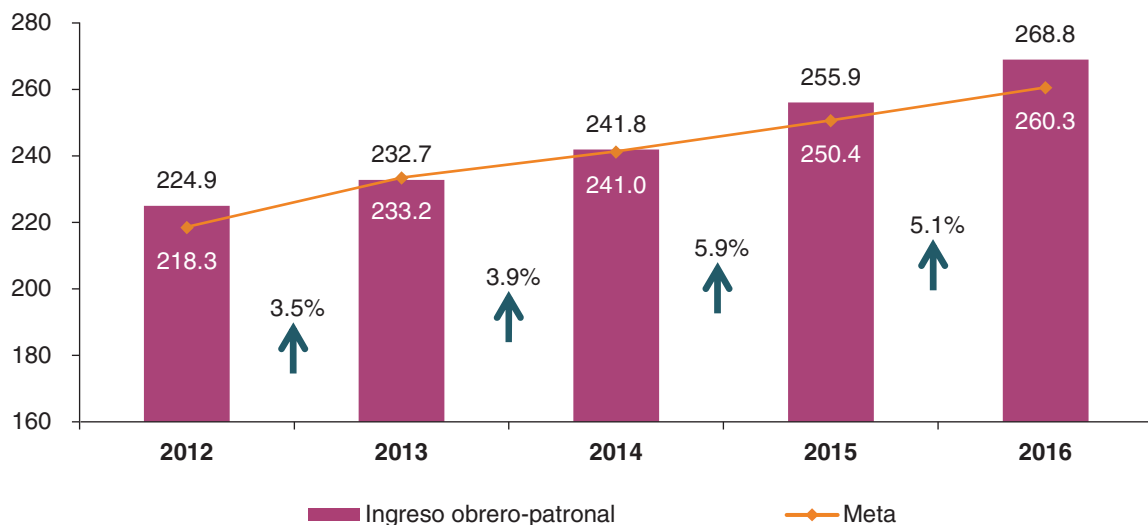
II.1. Ingresos del IMSS

Por cuarto año consecutivo, los ingresos obrero-patronales del IMSS (incluyendo IMSS-Patrón)¹⁵ presentaron un comportamiento favorable. En los primeros 3 años de esta Administración, pese a que

se consideraron supuestos de crecimiento económico para la elaboración de las metas de ingreso superiores a lo observado, se cumplió con la meta de la Ley de Ingresos de la Federación, con un superávit de 5,681 millones de pesos durante estos 3 años¹⁶. En el cuarto año, al cierre de 2016, se alcanzó una recaudación de 268,844 millones, lo que significó un superávit de 8,562 millones de pesos, el mayor en lo que va de la Administración.

El ingreso de 2016 es 19,970 millones de pesos superior al alcanzado en 2015, equivalente a un crecimiento de 8% nominal y 5.1% real (gráfica II.1), y 71,644 millones superior a lo recaudado en 2012 (43,946 millones en términos reales), equivalente a un crecimiento de 36.3% nominal y 19.5% real. Este crecimiento en los primeros 4 años de la actual Administración contrasta con lo reportado en la Administración anterior de 3% real, considerando el mismo periodo (gráfica II.2).

Gráfica II.1.
Ingreso obrero-patronal del IMSS real (incluye IMSS-Patrón)
y meta de la Ley de Ingresos de la Federación, 2012-2016¹⁷
(miles de millones de pesos de 2016)

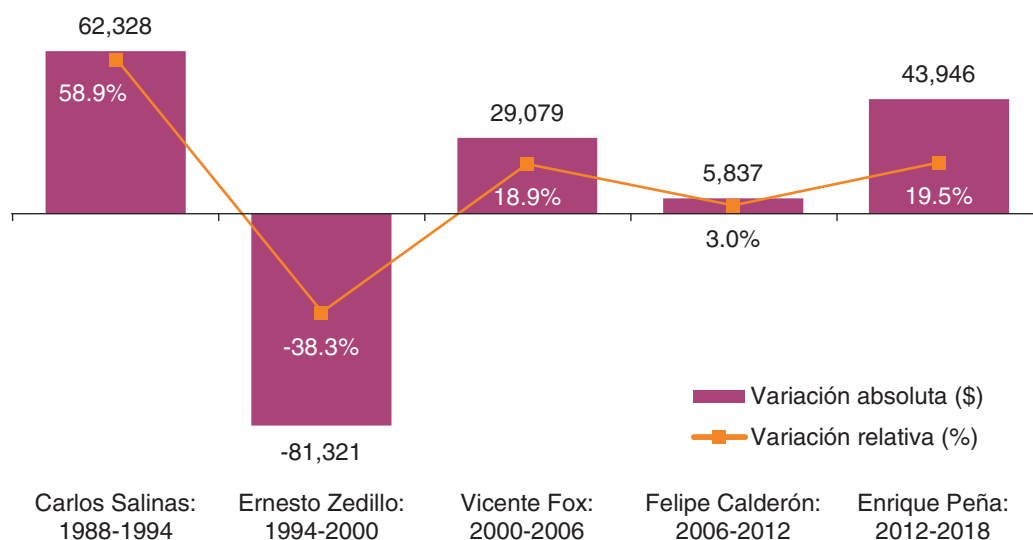


¹⁷ La meta de recaudación corresponde a la aprobada en la Ley de Ingresos de la Federación.
Fuente: Dirección de Finanzas, IMSS.

¹⁵ El ingreso obrero-patronal (incluyendo IMSS-Patrón) refiere a lo recaudado por el IMSS por cuotas obrero-patronales (recuperación de cartera y mora e ingresos por fiscalización), capitales constitutivos e IMSS como patrón. Se excluyen derivados de cuotas (multas, recargos, actualizaciones y gastos de ejecución) y comisiones por servicios de AFORE e INFONAVIT.

¹⁶ Superávit refiere a la variación positiva respecto a la meta.

Gráfica II.2.
Variación real en ingreso obrero-patronal del IMSS (incluye IMSS-Patrón)
en los primeros 4 años de la actual y anteriores Administraciones^{1/}
(millones de pesos de 2016 y porcentaje)



^{1/} No se incluyen administraciones anteriores a Carlos Salinas, ya que no se dispone de cifras de ingreso obrero-patronal anteriores a 1986. Se considera el 1° de enero como inicio de sexenio (por ejemplo, en la Administración de Enrique Peña se considera el periodo del 1° de enero de 2013 al 31 de diciembre de 2016). Fuente: Dirección de Finanzas, IMSS.

Como se ha mencionado y analizado en Informes pasados, 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, y iii) la implementación de un Modelo Integral de Fiscalización, entre otros.

II.1.1. Formalización del empleo

El ingreso obrero-patronal del IMSS está en función de la evolución del empleo afiliado y del salario base de cotización, fenómenos, a su vez, asociados a los ciclos económicos.

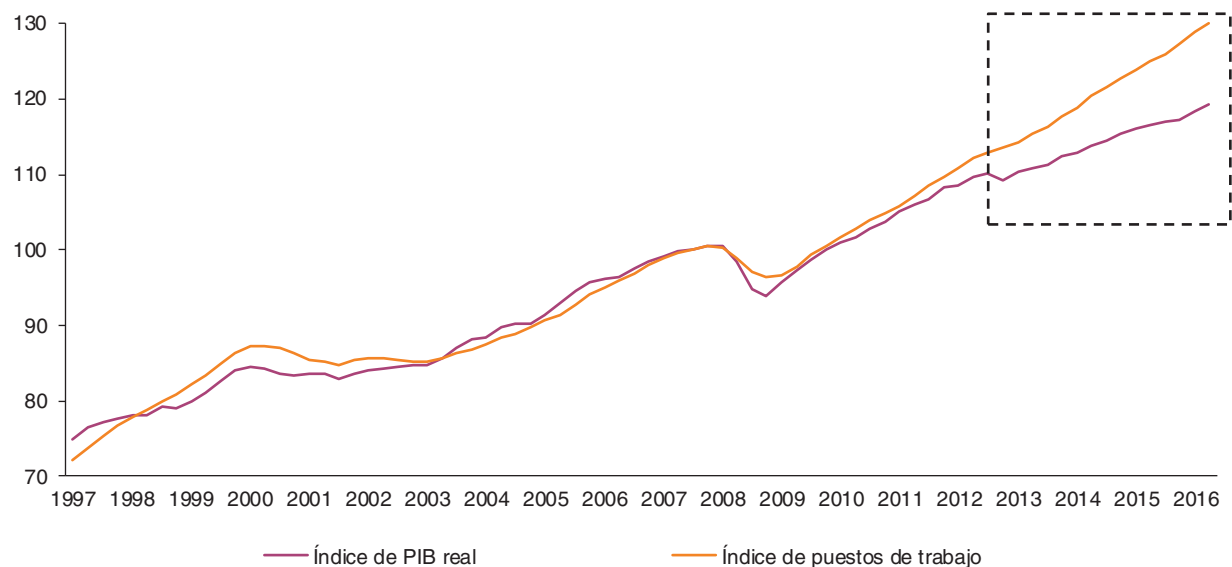
Tradicionalmente en México la relación entre la creación de empleos formales y el crecimiento económico, medido con base en el Producto Interno

Bruto (PIB) del país, era uno a uno (elasticidad empleo-producto igual a la unidad¹⁷). Esto es, un crecimiento de 1% en el PIB incrementaba la afiliación del IMSS en el mismo porcentaje, situación que se modificó a partir del año 2013, cuando el aseguramiento en el Instituto creció al doble de velocidad que la economía.

Entre 2013 y 2015, se reporta una creación promedio anual de 600 mil empleos asegurados, equivalente a una tasa anual promedio de 3.6%. Para 2016, la formalización del empleo presentó el mejor aumento anual reportado desde 1997, con una generación de empleo afiliado al IMSS de más de 732 mil puestos de trabajo, equivalente a una tasa de 4.1%, cuando la economía creció en 2.3%. Con lo anterior, destaca el aumento en la elasticidad empleo-producto que pasó de 1.42 en 2015 a 1.78 en 2016 (gráficas II.3 y II.4).

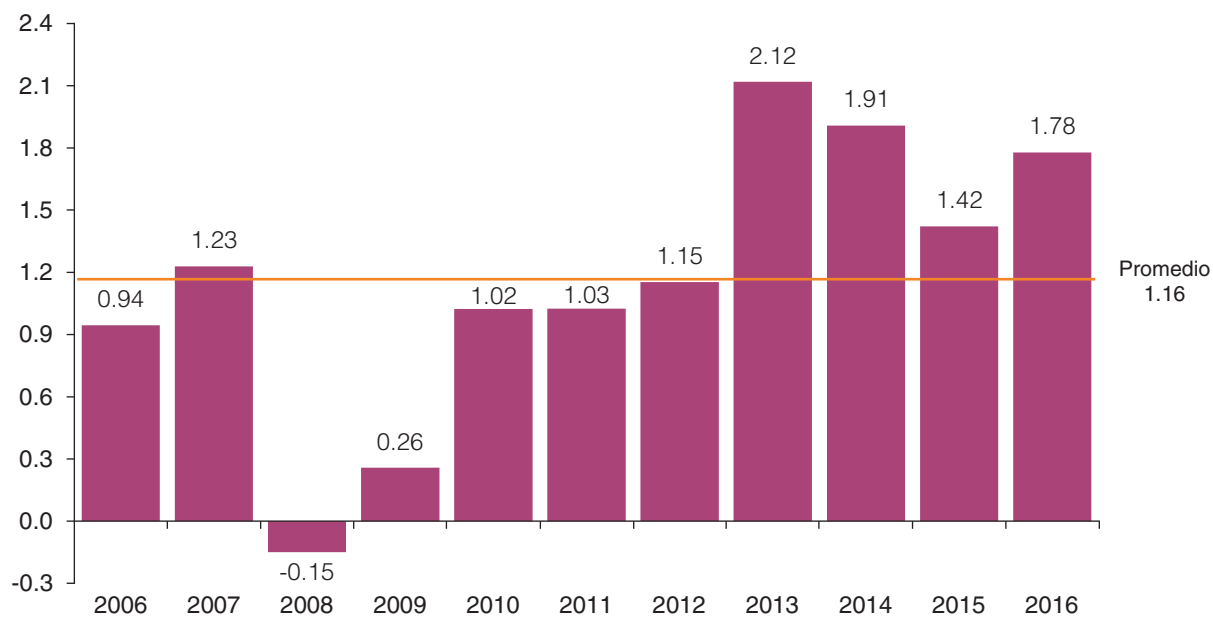
¹⁷ La elasticidad empleo-producto se mide como la razón de la variación anual de diciembre de cada año del empleo en el IMSS y la variación anual promedio del Producto Interno Bruto. Elasticidades mayores que uno indican que el empleo en el IMSS crece por encima de la actividad económica en el país, lo que evidencia un proceso de formalización del empleo, cuyo impacto es positivo en la recaudación del IMSS.

Gráfica II.3.
Producto Interno Bruto real y puestos de trabajo en el IMSS, 1997-2016^{1/}
 (índice base 2008=100, cifras trimestrales)



^{1/} PIB: Producto Interno Bruto (base 2008) con cifras del tercer trimestre de 1997 al cuarto trimestre de 2016 y puestos de trabajo refiere al cierre de trimestre.
 Fuente: Dirección de Incorporación y Recaudación, IMSS; Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) para cifras del PIB.

Gráfica II.4.
Elasticidad entre los puestos de trabajo en el IMSS y el Producto Interno Bruto real, 2006-2016^{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 2006 al cuarto trimestre de 2016.
 PIB: Cifras actualizadas por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) el 30 de abril de 2017.
 Fuente: Dirección de Incorporación y Recaudación, IMSS.

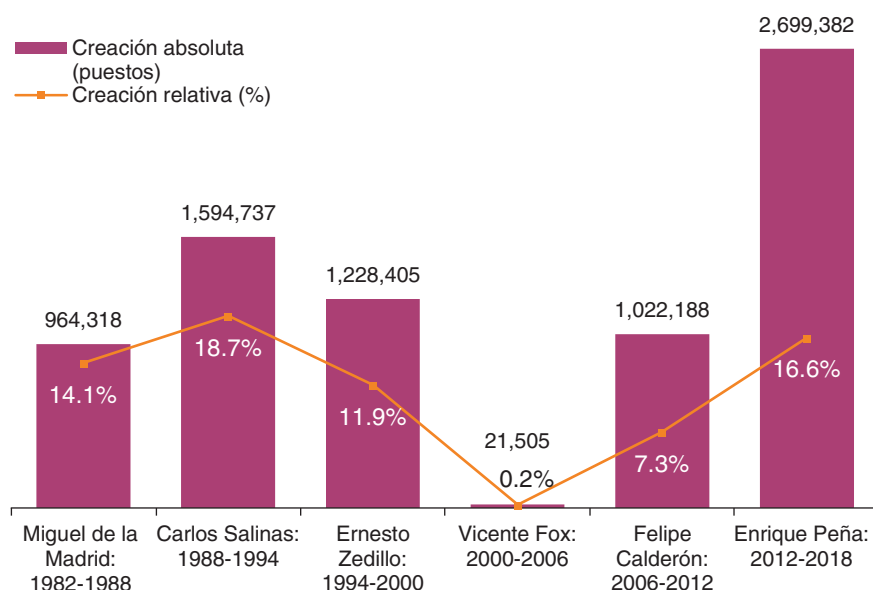
En lo que va de 2017, la afiliación al IMSS mantiene su comportamiento favorable. La creación de empleo formal de 140,347 puestos durante marzo constituyó el mejor incremento reportado en un mes de marzo desde que se tenga registro; y durante el primer trimestre de este año la creación acumulada es de 377,694 empleos, 106,821 puestos o 39.4% más que lo reportado en el primer trimestre de 2016 (270,873), y es el mayor aumento trimestral desde que se tiene registro¹⁸.

Con lo anterior, se tiene que durante la presente Administración, del 1° de diciembre de 2012 al 31 de marzo de 2017, se han creado 2'699,382 empleos formales. Ésta es la mayor creación reportada desde que se tenga registro, casi tres veces superior a lo creado en el mismo periodo de la anterior Administración, e incluso mayor que lo creado en la totalidad de los sexenios de las administraciones pasadas (gráfica II.5).

En los últimos 4 años, las actividades económicas que más aportaron en esta situación favorable en la afiliación del IMSS son transformación y servicios para empresas. Estos sectores representan más de 50% del empleo total asegurado en el Instituto. Con una menor participación, de cerca de 20%, también destacan la industria de la construcción y servicios sociales y comunales (gráficas II.6 y II.7):

- En 2013, el sector de la transformación presentó una elasticidad empleo-producto de 3.1. Esto es, mientras que la producción en este sector registró un aumento anual real de 1.2% en 2013, los puestos de trabajo afiliados al Instituto aumentaron en 3.8% al cierre de ese año. De igual forma, destaca el sector de servicios sociales y comunales con una elasticidad empleo-producto de 10.8.
- En 2014, el sector de servicios para empresa presentó una elasticidad empleo-producto de 2.8. Esto es, mientras que la producción en este

Gráfica II.5.
Creación de puestos de trabajo en el IMSS
en los primeros 4 años y 4 meses de la actual y anteriores Administraciones¹⁷

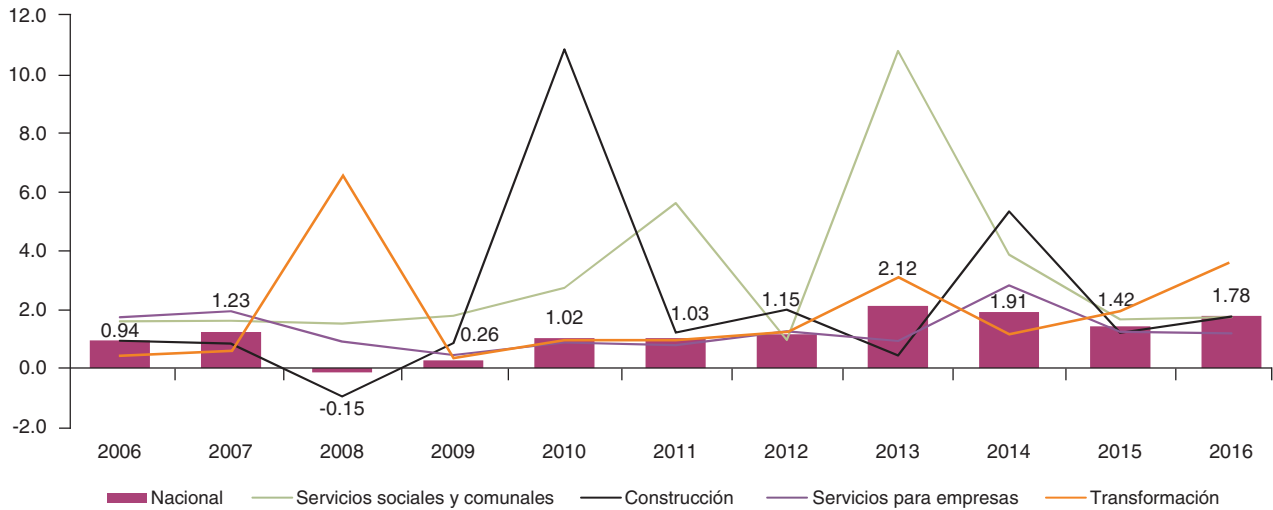


¹⁷ No se incluyen administraciones anteriores a Miguel de la Madrid, ya que no se dispone de cifras mensuales de empleo anterior a enero de 1982. Entre enero de 1982 y junio de 1997 la metodología de cálculo de la cifra de empleo afiliado al IMSS difiere de la metodología actual, e incluía una parte estimada. Se considera el 1° de diciembre como inicio del sexenio (por ejemplo, en la Administración de Enrique Peña se considera el periodo del 1° de diciembre de 2012 al 31 de marzo de 2017).

Fuente: Dirección de Incorporación y Recaudación, IMSS.

¹⁸ Parte de esta situación favorable es estacional pues la Semana Santa en 2016 ocurrió en marzo.

Gráfica II.6.
Elasticidad entre los puestos de trabajo en el IMSS y
el Producto Interno Bruto real por sector económico, 2006-2016^{1/}

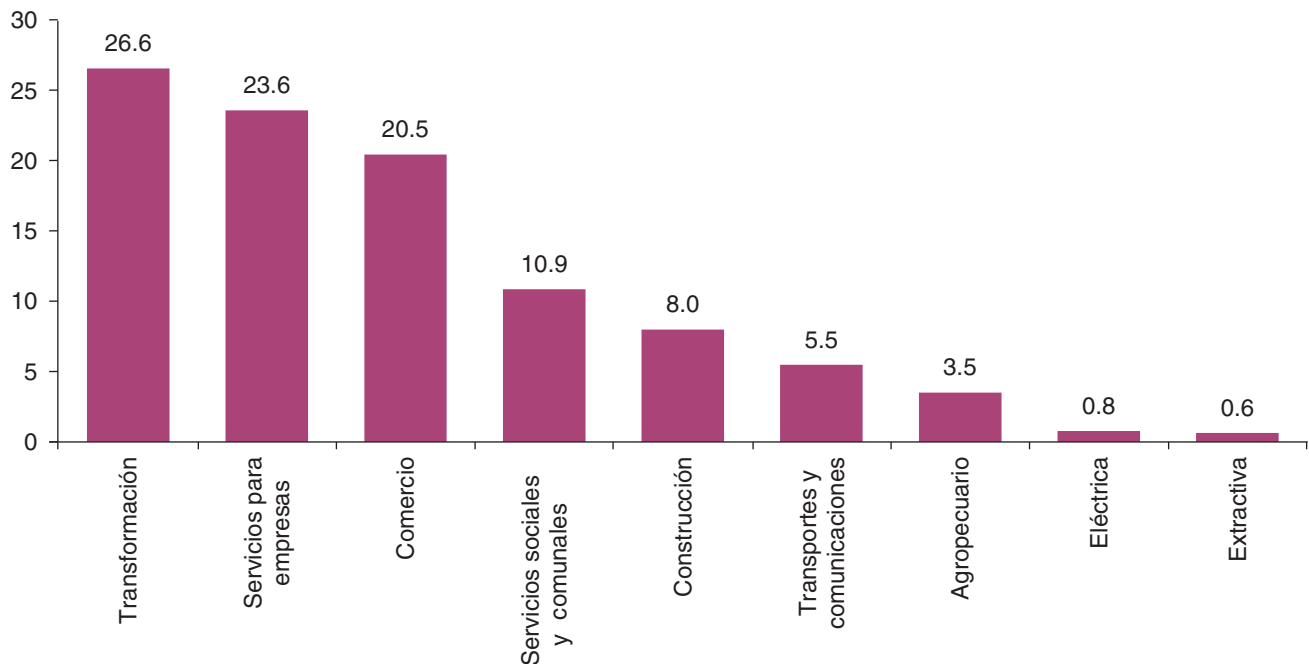


^{1/} La elasticidad empleo-producto se mide como la razón de la variación anual de diciembre de cada año del empleo en el IMSS por sector económico y la variación anual promedio del Producto Interno Bruto (PIB) por sector económico (base 2008), con cifras del primer trimestre de 2006 al cuarto trimestre de 2016. 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%, en el sector de servicios para empresas en 2009 cuando la producción en dicha industria cayó 1.6% y los empleos aumentaron en 0.7%, respectivamente.

PIB: Cifras de 2016 publicadas por el INEGI el 30 de abril de 2017.

Fuente: Dirección de Incorporación y Recaudación, IMSS.

Gráfica II.7.
Distribución de los puestos de trabajo en el IMSS por sector
o actividad económico(a), 2016
 (porcentajes, cifras al cierre de año)



Fuente: Dirección de Incorporación y Recaudación, IMSS.

sector registró un aumento anual real de 1.4% en 2014, los puestos de trabajo afiliados al Instituto aumentaron en 3.8% al cierre de ese año. De igual forma, destaca la industria de la construcción con una elasticidad empleo-producto de 5.3.

- En 2015 y 2016, el sector de la transformación presentó elasticidades empleo-producto por arriba de 2. Esto es, mientras que la producción en este sector registró un aumento promedio anual real de 1.9% en estos años, los puestos de trabajo afiliados al Instituto aumentaron en 4.9% en promedio, en el mismo periodo.

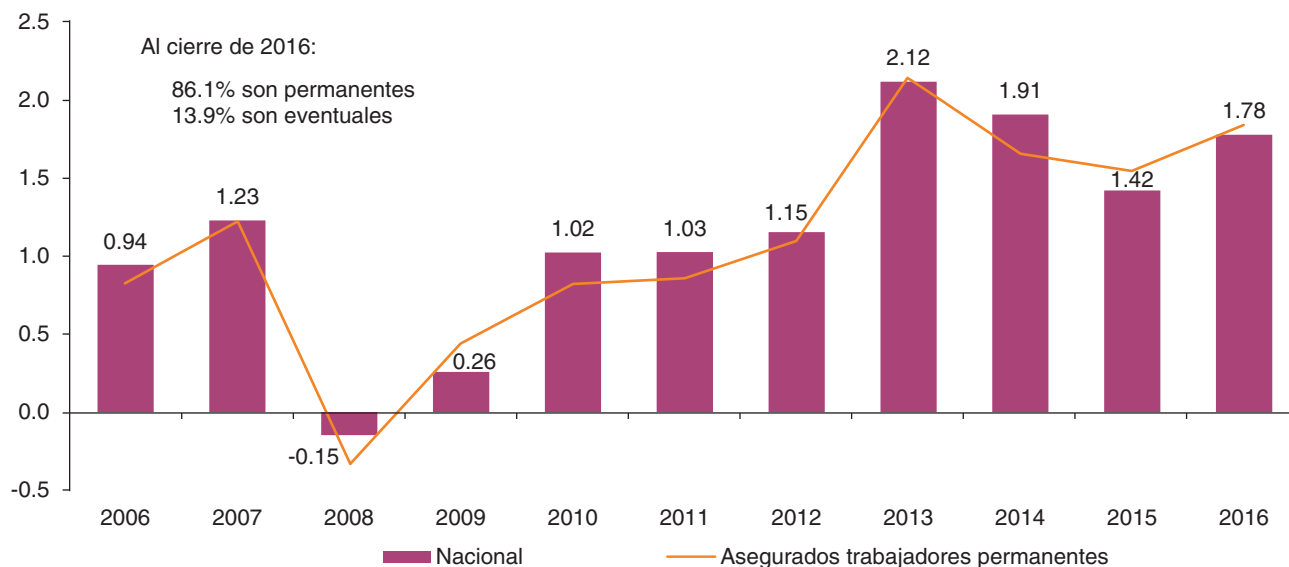
Este fenómeno de formalización del empleo refiere a plazas de tipo permanente, asociadas a mejores salarios y a contratos por tiempo indeterminado con mayor permanencia en el IMSS. A partir del año 2013, este empleo permanente reporta una elasticidad

superior a 1.4, alcanzando el nivel de 1.8 en 2016 (gráfica II.8).

Asimismo, se observa que las empresas grandes son las que más han impulsado la formalización laboral, mostrando las elasticidades más altas. En 2013 y 2016, las empresas de más de 500 y hasta 1,000 trabajadores son las que presentaron elasticidades empleo-producto iguales o por arriba de 3. En 2014 y 2015, las empresas de más de 1,000 trabajadores son las que presentaron las elasticidades más altas, por arriba de 1.7 (gráficas II.9 y II.10).

Finalmente, son las regiones del centro y norte donde mejores resultados se han presentado en términos de generación de empleo formal en los últimos 4 años y comparando con su actividad económica (gráficas II.11 y II.12)¹⁹. También sobresalen los estados del sur, que

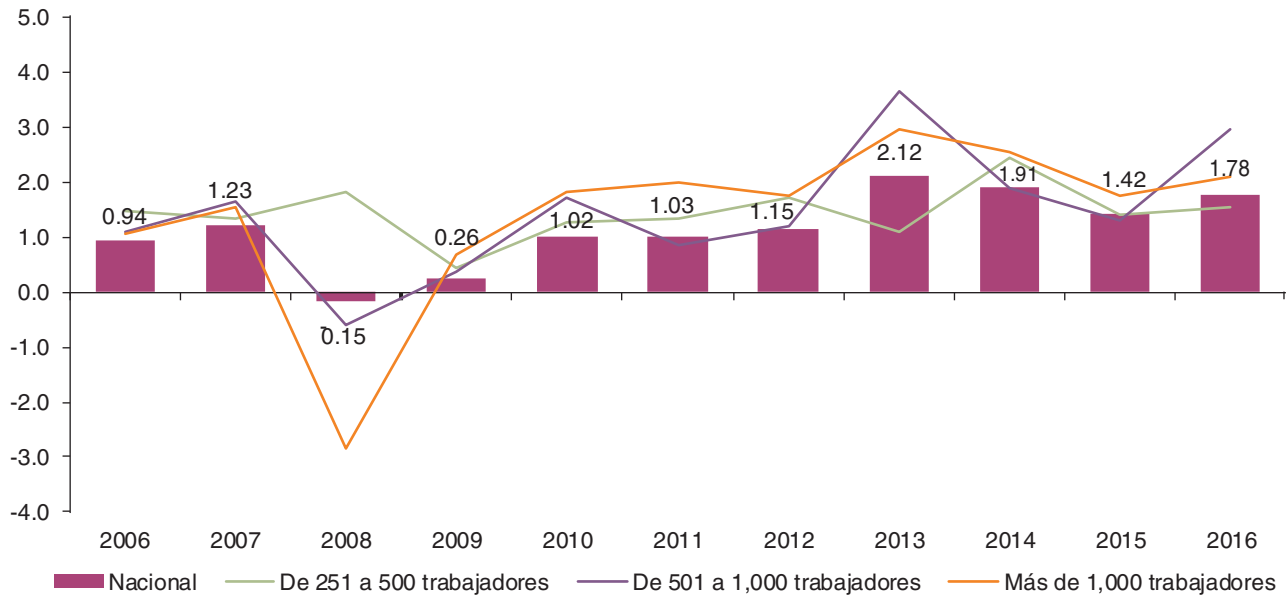
Gráfica II.8.
Elasticidad entre los puestos de trabajo en el IMSS y el Producto Interno Bruto real por tipo de empleo, 2006-2016^{1/}



^{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 tipo de empleo y la variación anual promedio del Producto Interno Bruto a nivel nacional (base 2008), con cifras del primer trimestre de 2006 al cuarto trimestre de 2016. PIB: Cifras actualizadas por el INEGI el 30 de abril de 2017. Fuente: Dirección de Incorporación y Recaudación, IMSS.

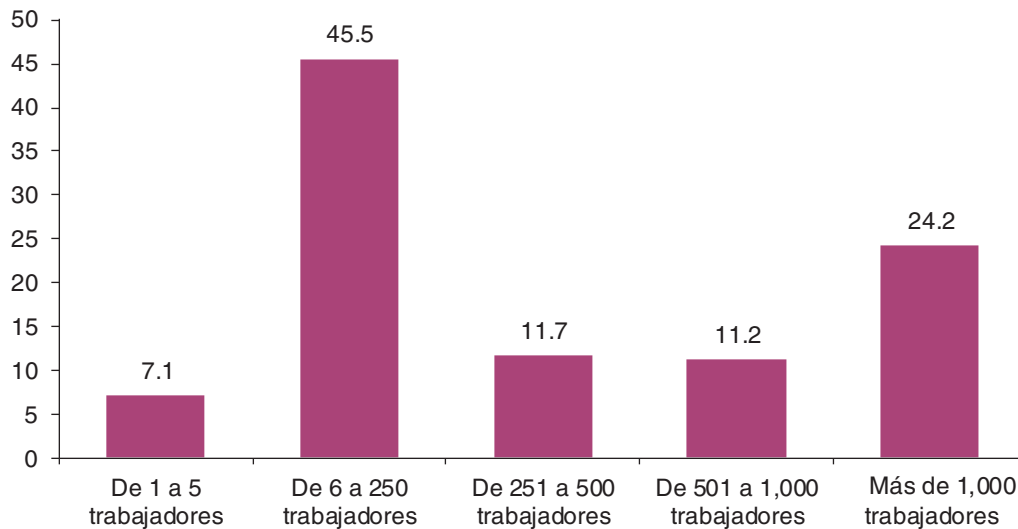
¹⁹ La región centro incluye a la Ciudad de México, Querétaro, Guerrero, Morelos y Estado de México; la región norte incluye a Aguascalientes, San Luis Potosí, Chihuahua, Zacatecas, Nuevo León, Tamaulipas, Coahuila y Durango; la región occidente incluye a Guanajuato, Baja California Sur, Sinaloa, Jalisco, 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 entidades de adscripción al IMSS.

Gráfica II.9.
Elasticidad entre los puestos de trabajo en el IMSS y el
Producto Interno Bruto real por tamaño de empresa, 2006-2016^{1/}



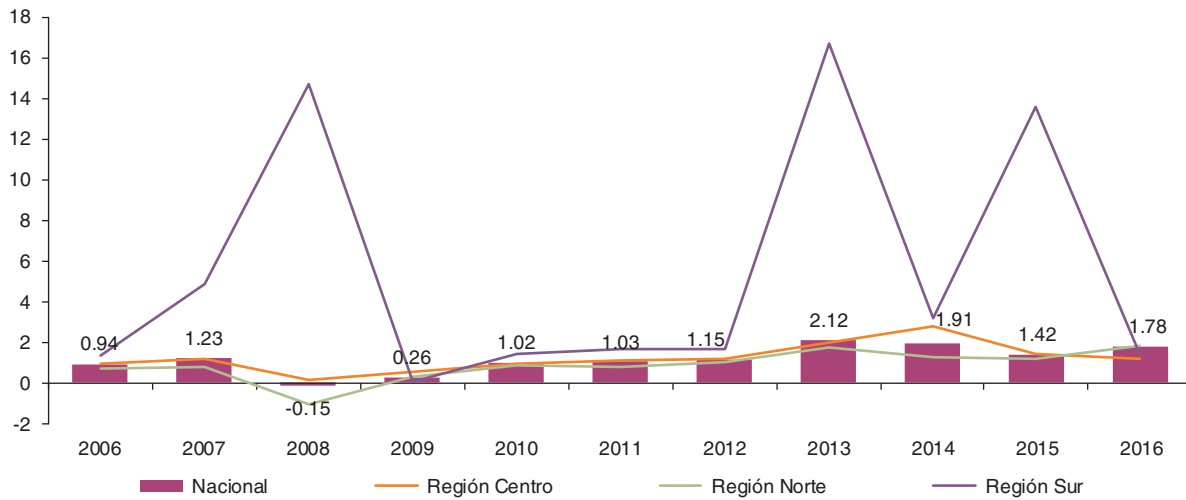
^{1/} La elasticidad empleo-producto se mide como la razón de la variación anual de diciembre de cada año del empleo en el IMSS por tamaño de empresa y la variación anual promedio del Producto Interno Bruto a nivel nacional (base 2008), con cifras del primer trimestre de 2006 al cuarto trimestre de 2016. PIB: Cifras actualizadas por el INEGI el 30 de abril de 2017. Fuente: Dirección de Incorporación y Recaudación, IMSS.

Gráfica II.10.
Distribución de los puestos de trabajo registrados en el IMSS por tamaño de empresa, 2016^{1/}
 (porcentajes, cifras al cierre de año)



^{1/} Se excluye a las afiliaciones que no tienen asociado a un patrón: incorporación voluntaria del campo al Régimen Obligatorio (modalidad 43) y trabajadores independientes (modalidad 44); alrededor de 45,525 afiliaciones. Fuente: Dirección de Incorporación y Recaudación, IMSS.

Gráfica II.11.
Elasticidad entre los puestos de trabajo en el IMSS y el Producto Interno Bruto real por región geográfica, 2006-2016^{1/}

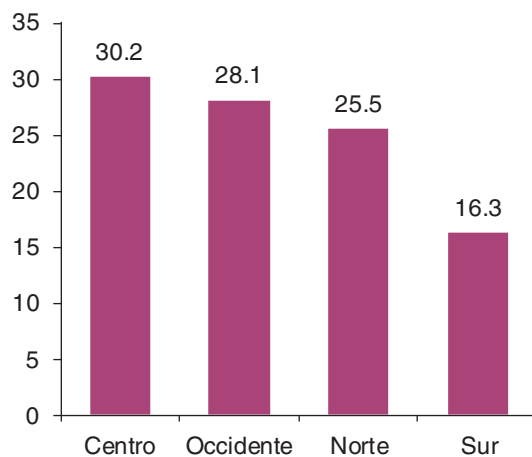


^{1/} La elasticidad empleo-producto se mide como la razón de la variación anual de diciembre de cada año del empleo en el IMSS por región geográfica y la variación anual promedio del Producto Interno Bruto por región geográfica (base 2008), con cifras del primer trimestre de 2006 al cuarto trimestre de 2016.

PIB: Cifras actualizadas por el INEGI el 30 de abril de 2017.

Fuente: Dirección de Incorporación y Recaudación, IMSS.

Gráfica II.12.
Distribución de los puestos de trabajo en el IMSS por región geográfica, 2016
 (porcentajes, cifras al cierre de año)



Fuente: Dirección de Incorporación y Recaudación, IMSS.

aunque presentan una creación de empleo por debajo del promedio nacional, superan el bajo crecimiento económico de la región, incluso negativo en algunos años y resultado, en parte, de la caída en los precios internacionales del petróleo. Entre 2013 y 2016, destaca:

- De 2013 a 2015, los estados del centro y sur son los que presentan las mayores elasticidades empleo-producto, por encima de 1.4. Destaca la región sur que presentó una elasticidad empleo-producto mayor a 3 en dicho periodo. Esto es, mientras que esta región no registró crecimiento económico en estos años, los puestos de trabajo afiliados al IMSS aumentaron en cerca de 2.2% en promedio.

- En 2016, los estados del norte y sur son los que presentan las mayores elasticidades empleo-producto, por encima de 1.4. Esto es, mientras que la producción en la región sur presentó una disminución real de 1% y la norte un incremento real de 2.2%, los puestos de trabajo afiliados aumentaron en 1.5% y 4% al cierre de ese año, respectivamente.

II.1.2. Simplificación y digitalización de trámites

En 2012 no existía en el Instituto ningún trámite que pudiera realizarse punta a punta de forma digital. Desde el inicio de esta Administración arrancó un proceso sin precedente de simplificación y digitalización de trámites en el IMSS, a fin de mejorar la calidad y calidez de los servicios y al mismo tiempo sanear financieramente a la institución.

El área de Incorporación y Recaudación ha sido punta de lanza en este tema, pues redujo a más de la mitad el número de trámites que tiene registrados ante la Comisión Federal de Mejora Regulatoria (COFEMER), de 56 a 23, y de los 18 trámites digitalizados en el IMSS, 16 de ellos refieren a servicios en materia de incorporación²⁰.

Esta simplificación regulatoria sin precedente ha logrado disminuir los tiempos y costos que los patrones y ciudadanos invierten en realizar trámites relacionados con su afiliación y el pago de contribuciones, lo que a su vez ha tenido efectos positivos en la formalización

del empleo y en el entero de cuotas. De 2013 a 2016 se han realizado más de 110 millones de trámites de forma digital, lo que ha representado un ahorro de 5,500 millones de pesos en costos de oportunidad para los derechohabientes del IMSS²¹. El número de veces que cada trámite digitalizado es realizado, así como los ahorros asociados, se detallan en el Capítulo XI.

A manera de ejemplo, destaca la digitalización de los siguientes trámites en el área de Incorporación y Recaudación:

- Sistema de Pago Referenciado (SIPARE), herramienta digital que agilizó el pago de contribuciones en Internet mediante la implementación de líneas de captura. Al cierre de 2013 eran 300 mil patrones inscritos en el SIPARE; en 2016 son 891 mil patrones de un total de 920 mil afiliados, y las transacciones en línea relativas al pago de cuotas representan 90% de lo que se recauda en el IMSS por cuotas obrero-patronales.
- Solicitud de asignación o localización del Número de Seguridad Social (NSS)²², 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, actualmente puede realizarse completamente en línea, a través de Internet, en pocos minutos.

²⁰ Los 16 trámites en el área de Incorporación y Recaudación son: solicitud de registro y actualización de derechohabientes, solicitud de asignación o localización del Número de Seguridad Social, solicitud de constancia de semanas reconocidas (parcialmente, a terminar en 2017), alta patronal e inscripción en el Seguro de Riesgos de Trabajo o reanudación de actividades (parcialmente), solicitud de Constancia de Vigencia de derechos para recibir servicios médicos, aviso de movimientos afiliatorios de trabajadores, incorporación al Seguro de Salud para la Familia, solicitud de inscripción en la continuación voluntaria en el Régimen Obligatorio, incorporación voluntaria al Régimen Obligatorio del Seguro Social, gestión del registro patronal único, asignación de número patronal de identificación electrónica (NPIE) y certificado digital, cancelación de número patronal de identificación electrónica (NPEI) y certificado digital, modificaciones al esquema de control de matriz y sucursales, modificaciones en el Seguro de Riesgos de Trabajo, presentación de la determinación anual de la prima en el Seguro de Riesgos de Trabajo y solicitud de regularización y/o corrección de datos personales del asegurado.

²¹ Este ahorro se estima con base en el costo que representa la carga administrativa por la cual un ciudadano tiene que pasar para realizar un trámite, así como el costo de oportunidad en términos del tiempo que se deja de destinar a actividades productivas y el costo financiero incurrido por la realización de las actividades.

²² En el Capítulo de este año se homologaron los nombres de los trámites con los utilizados por la Comisión Federal de Mejora Regulatoria (COFEMER).

- Solicitud de registro y actualización de derechohabientes, entre ellos destacan el registro de asegurados y pensionados en clínica y el cambio de clínica. Con esta medida, se han evitado visitas a las instalaciones del IMSS, por lo que su personal ahora puede dedicarse a atender mejor y de manera más expedita a otros derechohabientes.
- Eliminación de la solicitud de certificado de baja para el retiro por desempleo, implementando, en sustitución, una constancia digital que permite certificar en línea las solicitudes y la persona que desafortunadamente pierda su empleo ya no tiene que acudir al IMSS sino que únicamente debe presentarse ante su AFORE, la cual, de manera remota, consulta el derecho de la persona para tramitar el retiro por desempleo.
- Solicitud de regularización y/o corrección de datos personales del asegurado. A través de esta mejora, los trabajadores asegurados al IMSS podrán corregir los errores que existen en su CURP, nombre, fecha de nacimiento, entidad de nacimiento y sexo. Antes, este trámite exigía que los trabajadores asistieran al menos 3 veces a nuestras instalaciones para hacer la corrección y el tiempo de respuesta era de 40 días hábiles. Ahora, los trabajadores ya no tienen que acudir a nuestras instalaciones para el inicio del trámite, pues pueden realizarlo las 24 horas del día, los 365 días del año, a través de Internet y el tiempo de respuesta a su solicitud es de 3 días.

Los esfuerzos de simplificación en el área de Incorporación y Recaudación no se limitaron a la digitalización de los trámites registrados ante la COFEMER, sino que se pusieron a disposición de los patrones y ciudadanos servicios adicionales de alto impacto. Destacan 4 de ellos: el Comprobante Fiscal Digital, la Constancia de Vigencia, la Opinión de cumplimiento de obligaciones fiscales en materia

de seguridad social, y la Consulta de Riesgos de Trabajo Terminados²³:

- 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 a mediados de 2014 y hasta diciembre de 2016, se han timbrado alrededor de 34 millones de comprobantes fiscales digitales.
- Se puso a disposición de los derechohabientes la Constancia de Vigencia de sus derechos frente al Instituto en línea y a partir de marzo de 2016, en la App IMSS Digital. Acreditar esta vigencia es de gran 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.
- Se simplificó el trámite de obtención de la Opinión de cumplimiento de obligaciones fiscales en materia de seguridad social, la cual deben presentar los patrones que deseen contratar con la Administración Pública Federal, Centralizada y Paraestatal, así como con la Procuraduría General de la República.
- Consulta de Riesgos de Trabajo Terminados o Notificación a patrones de los siniestros de sus trabajadores. Anteriormente, el aviso al sector patronal del probable accidente o enfermedad de trabajo se efectuaba a través de SEPOMEX, lo que en algunos casos generaba desfases en la recepción y con ello el desconocimiento de los patrones para determinar su prima con la que cubren sus cuotas en el Seguro de Riesgos de

²³ Otras mejoras, descritas en Informes de años anteriores, refieren a la consulta de estados de adeudo en línea y a la contratación de seguros voluntarios e incorporación voluntaria (RISS) también en línea.

Trabajo. A partir de 2016, esta consulta se realiza en línea a través de IMSS Desde su Empresa (IDSE).

Finalmente, en lo que resta de 2017 se continuará con las acciones para digitalizar dos servicios adicionales:

- Dictamen de cumplimiento de obligaciones de seguridad social. Este trámite se recibe en papel y los movimientos afiliatorios asociados se hacen de forma presencial. El objetivo es que este dictamen se haga electrónico, lo que generará ahorros en papel y copias de 15 mil dictámenes al año.
- Simplificación de los registros de obra de la construcción. Actualmente, los patrones que realizan una obra dan 5 avisos al IMSS, con 650 campos de información. Con la simplificación se busca disminuir a 3 avisos con menos 50 campos, con lo que se beneficia a los 140 mil patrones con registro de obra al año.

II.1.3. Nuevo Modelo Integral de Fiscalización

Durante la actual Administración se han dado pasos importantes para consolidar un Nuevo Modelo Integral de Fiscalización, cuya implementación, a partir de 2014, ha permitido el fortalecimiento de la capacidad de generación de ingresos del Instituto, al tiempo que ha promovido de manera importante la formalización del empleo y la equidad en el financiamiento de la seguridad social.

Como parte de este nuevo Modelo de Fiscalización, se realizaron las siguientes acciones:

- i) Con el objetivo de mejorar la programación y planeación de los actos de auditoría y cobro, se implementó un nuevo modelo de riesgos que permite identificar los riesgos de evasión atendiendo a los tipos y tamaño de patrones, su

ubicación geográfica, sector, industria, tipo de empleados o composición salarial, entre otros elementos.

- ii) Se fortaleció la coordinación con distintas autoridades, lo que ha permitido llevar a cabo cruces de información, entre otras instituciones, con el Servicio de Administración Tributaria (SAT), el Instituto del Fondo Nacional de la Vivienda para los Trabajadores (INFONAVIT) y la Secretaría del Trabajo y Previsión Social (STPS). Estos cruces han permitido contar con mejor información para dirigir los actos de fiscalización y cobranza a los sectores y empresas que cometen abusos y prácticas agresivas de evasión en el pago de contribuciones de seguridad social. Destacan dos convenios de colaboración:

- El 28 de noviembre de 2016, el IMSS y la STPS firmaron un convenio de colaboración a través del cual el Instituto participará en el desarrollo de las visitas de inspección que realice la Secretaría para fortalecer la defensa de los derechos en materia de trabajo y seguridad social.
- El 20 de febrero de 2017, el IMSS y el SAT firmaron un nuevo convenio de colaboración que permitirá estrechar los esquemas de coordinación que existen entre ambas instituciones encaminadas a detectar, combatir y prevenir esquemas de evasión en materia fiscal y de seguridad social, y fortalecer las acciones tendientes a impulsar la formalidad del empleo.

- iii) Se cuenta con indicadores que cubren los procesos punta a punta y con mayores controles de operación, para dar un seguimiento oportuno a la gestión y evaluar de manera integral los resultados de los actos de fiscalización y cobranza, lo que ha permitido evaluar de mejor manera los resultados de las personas encargadas de la cobranza y fiscalización, y dirigir los esfuerzos a las áreas con mayores

debilidades y que requieren fortalecer su actuación para el cumplimiento de las metas.

- iv) Se mejoró la administración y priorización de los actos de fiscalización, por medio de la implementación del Procedimiento Único para la Generación de Propuestas de Fiscalización (AdPro). Ahora, los actos de fiscalización se emiten a partir de reglas parametrizables y análisis de riesgo y costo-beneficio, considerando la capacidad operativa de cada unidad administrativa.
- v) A través del Administrador de Consultas (AdCon) y el Sistema de Normatividad de la Dirección de Incorporación y Recaudación, sistemas liberados durante la presente Administración, se mejoró de manera sustancial la atención a las consultas normativas de las áreas operativas de Cobranza y Auditoría a Patrones, así como la difusión del marco normativo que regula la gestión en materia de incorporación y recaudación.
- vi) Se realizan acciones diferenciadas en función del tipo de patrón y la irregularidad detectada, promoviendo el cumplimiento voluntario de los patrones.

Todas estas acciones han permitido mejorar la gestión fiscal del Instituto, promover la regularización voluntaria y disminuir de manera importante los actos de molestia a los patrones cumplidos.

A la fecha de este Informe se han realizado, en coordinación con otras áreas normativas, las acciones siguientes:

- En 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 seguimiento 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 evitar que se generen actos improcedentes.

- Se establecieron nuevos criterios internos que permiten a las áreas operativas enfocar y priorizar adecuadamente las revisiones que realizan, y disminuir los actos de molestia a los patrones cumplidos.
- 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 esta vía, y facilita a los patrones su consulta a través de Internet. Hasta diciembre de 2016 se han realizado más de 344 mil notificaciones por este sistema.
- 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 cierre de 2016, más de 62 mil patrones han regularizado su situación fiscal a través de este servicio, y se ha generado una recaudación de más de 300 millones de pesos, con un costo-beneficio de 35 pesos recuperados por cada peso invertido.

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 2014, se reportaron ingresos extraordinarios por fiscalización y cobranza de 12,262 millones de pesos, 5.1% más que lo ingresado en 2013. En 2015, esta

recaudación fue de 12,793 millones de pesos, 4.3% superior al nivel alcanzado en 2014. En 2016, esta recaudación fue de 13,875 millones de pesos, 8.5% más que lo ingresado en 2015 (gráfica II.13).

En 2016, se mantuvo la mejoría en las acciones de fiscalización, recaudando más con menos actos. En 2014, se realizaron poco más de 86 mil actos con una recaudación de 4,364 millones de pesos²⁴. En 2015, se llevaron a cabo cerca de 60 mil actos con una recaudación de 4,486 millones de pesos. En 2016, se llevaron a cabo poco más de 47 mil actos con una recaudación de 5,100 millones de pesos.

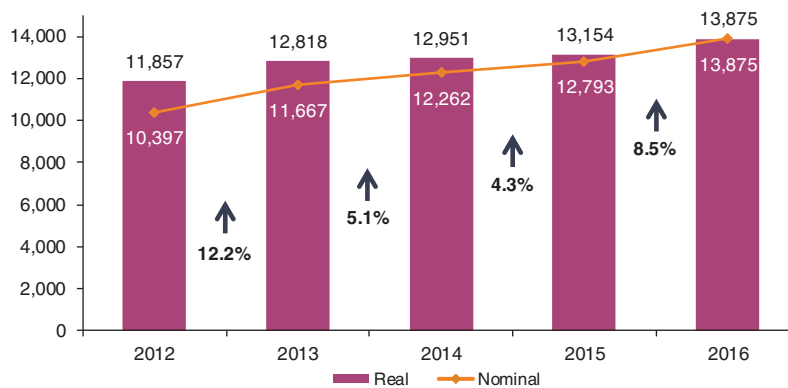
Estos actos de fiscalización se refieren a visitas domiciliarias, revisiones de gabinete, presentación del dictamen en materia de seguridad social, rectificaciones de prima y clase del Seguro de Riesgos de Trabajo, requerimientos para verificar el cumplimiento del Reglamento del Seguro Social

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 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 2014, se llevaron a cabo alrededor de 2.8 millones de actos de cobro, con una recaudación de 7,898 millones de pesos. En 2015 y 2016, se llevaron a cabo alrededor de 2.1 millones de estos actos, con una recaudación de 8,307 y 8,775 millones de pesos, respectivamente²⁵.

Gráfica II.13.
Ingresos por fiscalización y cobranza, real y nominal, 2012-2016^{1/}
(millones de pesos de 2016)



^{1/} 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 los "Pagos del segundo mes", montos contabilizados en el rubro de recaudación por cuotas. Fuente: Dirección de Incorporación y Recaudación, IMSS.

²⁴ 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.

²⁵ 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.

II.1.4. Estímulo al ingreso

Como parte de la estrategia del IMSS para fortalecer sus ingresos, y debido a su éxito en años pasados, el programa de “Estímulo al Ingreso” continuará por tercer año consecutivo. El monto de estímulo repartido en estos 3 años acumula los 1,030 millones de pesos:

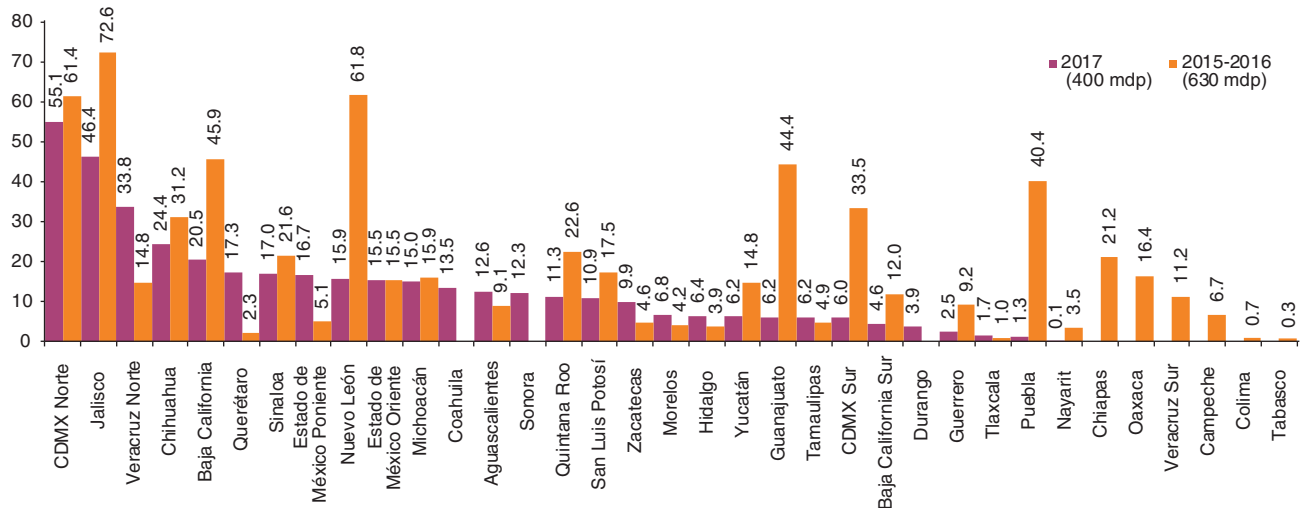
- En 2015 se repartieron 100 millones de pesos a 24 delegaciones que superaron su meta de ingresos en 2014²⁶.
- En 2016 se repartieron 530 millones de pesos a 29 delegaciones que superaron su meta de ingresos en 2015.
- En 2017 se repartirán 400 millones de pesos a 29 delegaciones que superaron su meta de ingresos en 2016.

Este programa incentiva a las delegaciones no sólo 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, hasta 30% debe destinarse a estas áreas. En 2016, 52 subdelegaciones adquirieron mobiliario de oficina, 64 remodelaron diversas áreas y realizaron labores de mantenimiento, 2 ampliaron o construyeron nuevas áreas, tales como un aula para capacitación de patrones y derechohabientes. Todos estos proyectos mejoraron la imagen de las áreas de atención del Instituto, así como la calidad del servicio a los derechohabientes.

Este año, y como se mencionó arriba, el premio de “Estímulo al Ingreso” es de 400 millones de pesos, a repartir entre 29 delegaciones con cumplimiento de meta superior a 100%. De éstas, 26 recibirán el estímulo por segunda o tercera ocasión y 3 por primera vez (gráfica II.14).

Gráfica II.14.
Estímulo al ingreso por delegación de adscripción al IMSS, 2015-2017^{1/}
(millones de pesos)



^{1/} Por año en que se reparte el estímulo.

mdp: millones de pesos.

Fuente: Dirección de Incorporación y Recaudación, IMSS.

²⁶ La meta de ingresos es estipulada por la Dirección de Incorporación y Recaudación del IMSS, y considera la recaudación por cuotas obrero-patronales (incluye recuperación de cartera y mora e ingresos por fiscalización), capitales constitutivos, derivados de cuotas (incluye multas, recargos y actualizaciones) y comisiones por servicios de AFORE e INFONAVIT. Se excluye IMSS como patrón.

II.2. Aseguramiento en el IMSS

En los registros del IMSS se distinguen dos tipos de afiliación: i) aseguramiento asociado a un empleo²⁷, que considera tanto a trabajadores del Régimen Obligatorio, como a aquellos del Régimen Voluntario, entre los que se encuentran trabajadores domésticos, independientes, de la 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 incluye la afiliación voluntaria al Seguro de Salud para la Familia (SSFAM), al Seguro Facultativo (estudiantes), y la Continuación Voluntaria²⁸ (cuadro II.1).

Cuadro II.1.
Asegurados en el IMSS, 2015-2016
(cifras al cierre de cada año)

Tipo de afiliación	Tipo de régimen	2015	2016	Variación	
				Absoluta	Relativa %
Asegurados		25,814,591	25,883,481	68,890	0.3
Trabajadores		17,884,033	18,616,624	732,591	4.1
Modalidad:					
10: Trabajadores permanentes y eventuales de la ciudad	RO	16,880,883	17,573,914	693,031	4.1
13: Trabajadores permanentes y eventuales del campo	RO	289,353	319,001	29,648	10.2
14: Trabajadores eventuales del campo cañero	RO	42,006	41,021	-985	-2.3
17: Reversión de cuotas por subrogación de servicios	RO	109,270	100,815	-8,455	-7.7
30: Productores de caña de azúcar	RO	95,849	98,236	2,387	2.5
34: Trabajadores domésticos	RV	3,144	3,359	215	6.8
35: Patrones personas físicas con trabajadores a su servicio	RV	6,324	6,443	119	1.9
36: Trabajadores al servicio de gobiernos estatales, municipales y organismos descentralizados ^{1/}	RV	151,092	151,050	-42	0.0
38: Trabajadores al servicio de las administraciones públicas federal, entidades federativas y municipios ^{1/}	RV	250,550	254,657	4,107	1.6
42: Trabajadores al servicio de las administraciones públicas federal, entidades federativas y municipios ^{1/}	RV	14,062	14,503	441	3.1
43: Incorporación voluntaria del campo al Régimen Obligatorio.	RV	23,034	22,573	-461	-2.0
44: Trabajadores independientes	RV	18,466	31,052	12,586	68.2
No trabajadores		7,930,558	7,266,857	-663,701	-8.4
Modalidad:					
32: Seguro Facultativo (estudiantes)	RV	7,386,241	6,818,123	-568,118	-7.7
33: Seguro de Salud para la Familia	RV	427,012	315,592	-111,420	-26.1
40: Continuación Voluntaria en el Régimen Obligatorio	RV	117,305	133,142	15,837	13.5
Total Régimen Obligatorio	RO	17,417,361	18,132,987	715,626	4.1
Total Régimen Voluntario	RV	8,397,230	7,750,494	-646,736	-7.7

^{1/} En las 3 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; RV: Régimen Voluntario.

Fuente: Dirección de Incorporación y Recaudación, IMSS.

²⁷ En términos de mercado laboral es la población ocupada.

²⁸ 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 98.2% 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. La Continuación Voluntaria (modalidad 40) incluye a las personas aseguradas que han dejado de estar sujetas al Régimen Obligatorio y reingresan por cuenta propia a éste. Para el detalle, ver el Anexo A.

II.2.1. Asegurados trabajadores²⁹

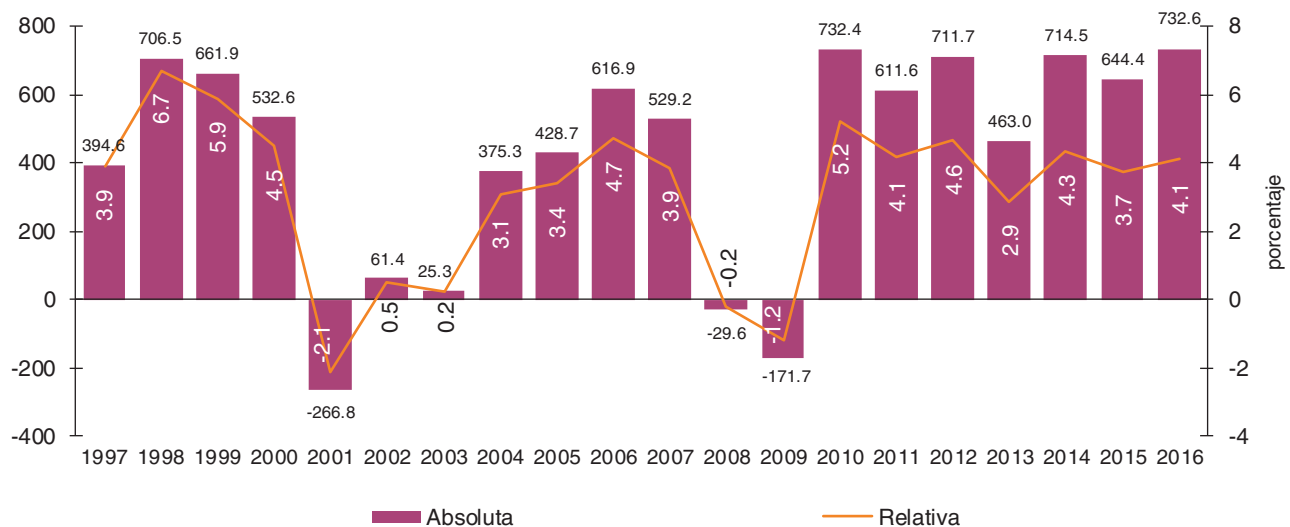
En 2016, a pesar de un crecimiento económico por debajo de lo esperado, se consiguió ampliar de manera importante el empleo asegurado en el IMSS, cerrando el año con una afiliación de 18'616,624 puestos de trabajo. Estos registros están pormenorizados por personas con nombre y apellidos, con semanas cotizadas, asociados a una empresa, un historial salarial, un pago de cuotas, entre otros datos.

Esta afiliación significó una creación de 732,591 puestos de trabajo al cierre de 2016, equivalente a una tasa anual de 4.1% (gráfica II.15), casi el doble que el crecimiento de 2.3% alcanzado en la economía³⁰.

Para 2017, el comportamiento del empleo formal en el IMSS continúa favorable, con una creación de 377,694 puestos en el primer trimestre del año. Este aumento es 106,821 empleos o 39.4% más que el aumento reportado en el primer trimestre de 2016, y es el mejor primer trimestre desde que se tenga registro³¹.

Con ello, en los primeros 4 años y 4 meses de la presente Administración, del 1° de diciembre de 2012 al 31 de marzo de 2017, se reporta la creación de 2'699,382 empleos formales, casi 3 veces superior a lo creado en el mismo periodo de la anterior Administración, e incluso mayor que lo creado en la totalidad de los sexenios de las administraciones pasadas.

Gráfica II.15.
Creación de puestos de trabajo en el IMSS, 1997-2016^{1/}
(miles de puestos al cierre de año y porcentajes de crecimiento)



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

²⁹ 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.

³⁰ Cifra del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI).

³¹ Parte de esta situación favorable es estacional, pues la Semana Santa en 2016 ocurrió en marzo.

Asegurados trabajadores y salario por tipo de empleo

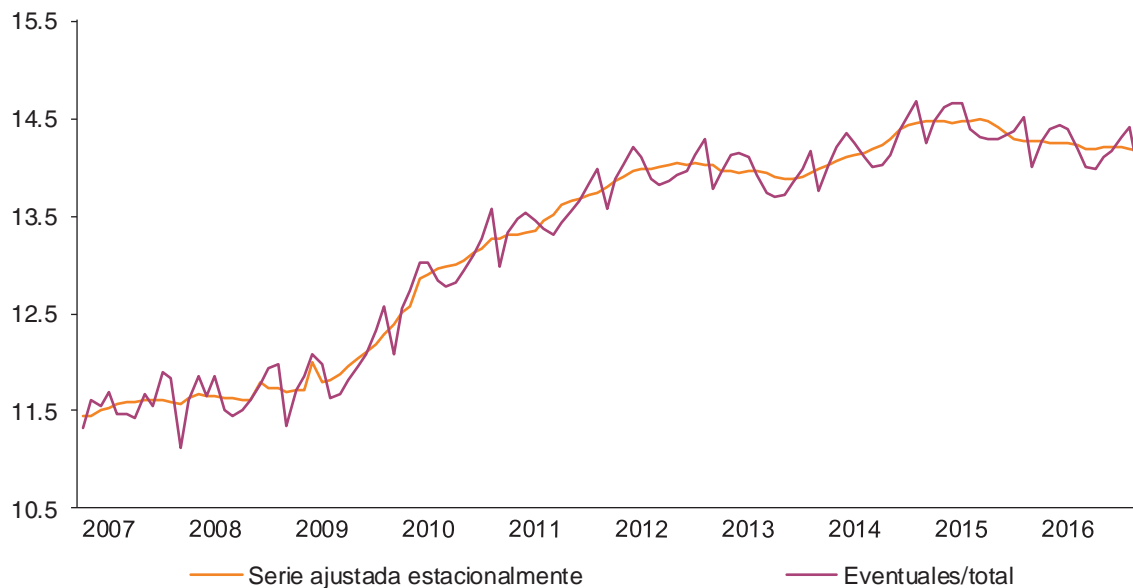
Para los asegurados trabajadores en el IMSS se identifican 2 tipos de afiliación en cuanto al tipo de contrato que estos mantengan con su patrón: permanente y eventual³². En 2016, 86% (16 millones) de los 18.6 millones de puestos de trabajo fueron empleos permanentes, y el restante 14% (2.6 millones) fueron puestos de tipo eventual.

Entre 2007 y 2014 se registró una recomposición del tipo de empleo afiliado al IMSS, con una mayor participación de plazas eventuales con respecto al total. Durante este periodo de 8 años, la participación de los puestos eventuales aumentó de 11.1% a 14.3%,

con la correspondiente reducción en la participación de las plazas permanentes, que pasó de 88.9% a 85.7%. Sin embargo, en los dos últimos años se observa una ligera disminución en la participación de eventuales, al pasar de 14.3% en 2014 a 13.9% en 2016 (gráfica II.16).

El salario asociado a los puestos permanentes es superior al de las plazas eventuales, y en los últimos 10 años se reporta una disminución en la brecha salarial entre estos 2 tipos de empleo. Se pasa de una brecha de 96.9 pesos diarios (43.3%) en diciembre de 2007 a 56.4 pesos diarios (20.9%) en diciembre de 2016. Esta reducción se debe al aumento en el salario real de los puestos eventuales, que pasaron de un nivel de 224 a 270.2 pesos diarios, un incremento de 20.6%.

Gráfica II.16.
Estructura de puestos de trabajo permanente y eventual, 2007-2016^{1/}
(porcentajes, cifras al cierre de cada mes)



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

³² 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 única diferencia radica en que los trabajadores eventuales requieren de un mayor tiempo previo de aseguramiento para el pago de subsidio en caso de enfermedad (Ley del Seguro Social, Artículos 96 y 97). Asegurado trabajador permanente es aquel que tiene una relación de trabajo por tiempo indeterminado (Ley del Seguro Social, Artículo 5 A, fracción VI); asegurado trabajador eventual es aquel 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).

En contraste, en el mismo periodo, el salario real de los puestos permanentes pasó de 321 a 326.5 pesos diarios, un incremento de 1.7% (gráfica II.17). Esto es, la diferencia salarial entre los puestos permanentes y eventuales cada vez es menor, a pesar de que en el último año, la brecha salarial se mantuvo sin cambio.

Asegurados trabajadores por región geográfica

Entre 2012 y 2016, la participación en el total de los puestos de trabajo afiliados al IMSS por región se mantuvo relativamente constante, con un ligero repunte de la región occidente y una caída en la región sur. La participación de los estados de occidente pasaron de una participación de 27.1% a 28.1%. Esta mejoría es resultado de un buen crecimiento económico en la región, de 3.4% en promedio en 2012-2016.

En contraste, la región sur disminuyó ligeramente su participación de 17.4% a 16.3% entre 2012 y 2016, como resultado de la crisis petrolera en los estados

de Tabasco, Campeche y Veracruz, y un crecimiento económico cercano a cero e incluso negativo en 2015 y 2016. Destaca que, a pesar del bajo desempeño económico de los estados del sur, esta región presentó crecimiento en el empleo asegurado en el IMSS de 2% en promedio en 2012-2016 (gráfica II.18).

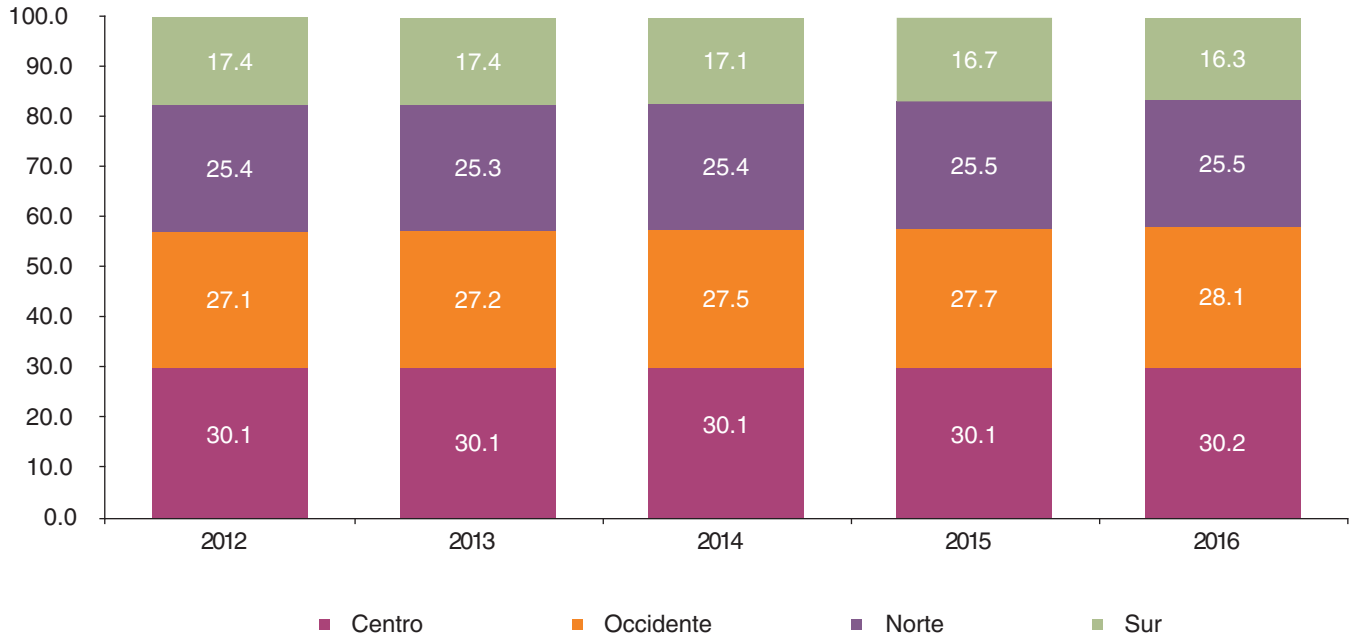
En 2016, las entidades que sobresalen en la generación de empleos formales son: en la frontera sur, Quintana Roo con un crecimiento anual de 9.3% y en la frontera norte, Baja California Sur con un aumento de 8.2% anual. También destacan Tlaxcala, Querétaro, Aguascalientes, Sinaloa y Michoacán con aumentos anuales superiores a 6%, entre diciembre de 2015 y diciembre de 2016. En contraste, Veracruz, Tabasco y Campeche presentan los efectos de la caída en los precios internacionales del petróleo, con una disminución de más de 50 mil empleos en el año, entre las 3 entidades (gráfica II.19).

Gráfica II.17.
Brecha salarial entre puestos permanentes y eventuales, 2007-2016^{1/}
(porcentajes, cifras al cierre de cada mes)



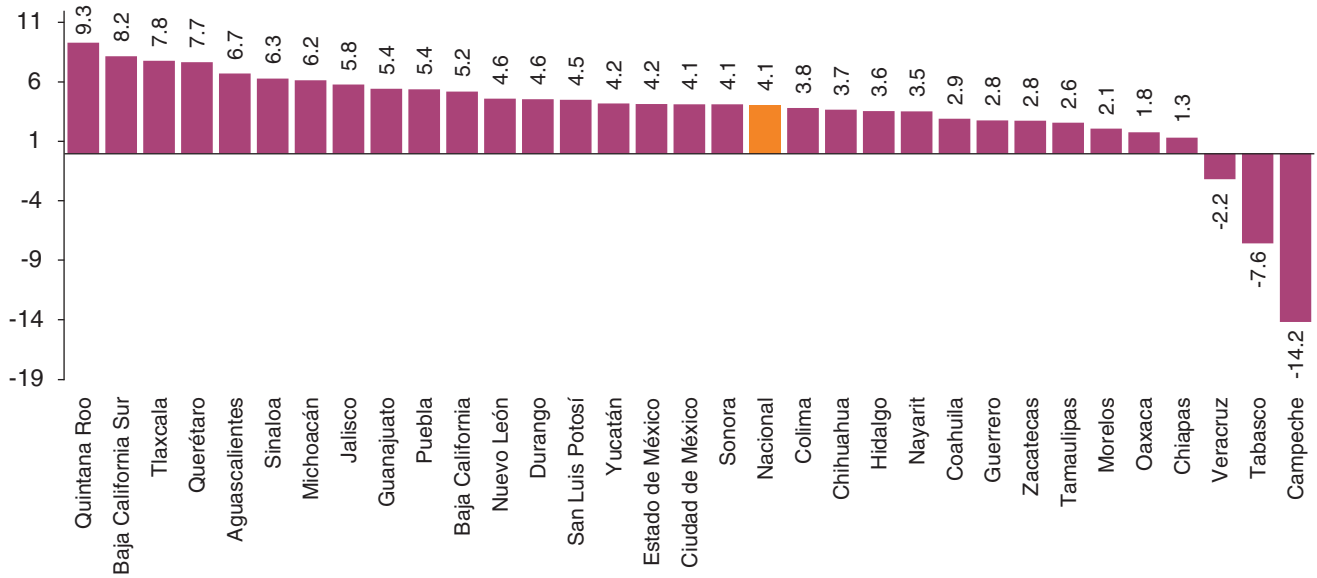
^{1/} Brecha salarial se refiere a la diferencia porcentual entre el salario de los puestos permanentes con respecto a los eventuales.
Fuente: Dirección de Incorporación y Recaudación, IMSS.

Gráfica II.18.
Participación en la creación de puestos de trabajo por región, 2012-2016
 (porcentajes, cifras al cierre de cada año)



Fuente: Dirección de Incorporación y Recaudación, IMSS.

Gráfica II.19.
Variación anual de puestos de trabajo por entidad, 2015-2016
 (porcentajes, cifras al cierre de año)



Fuente: Dirección de Incorporación y Recaudación, IMSS.

Asegurados trabajadores por actividad económica y tamaño de empresa

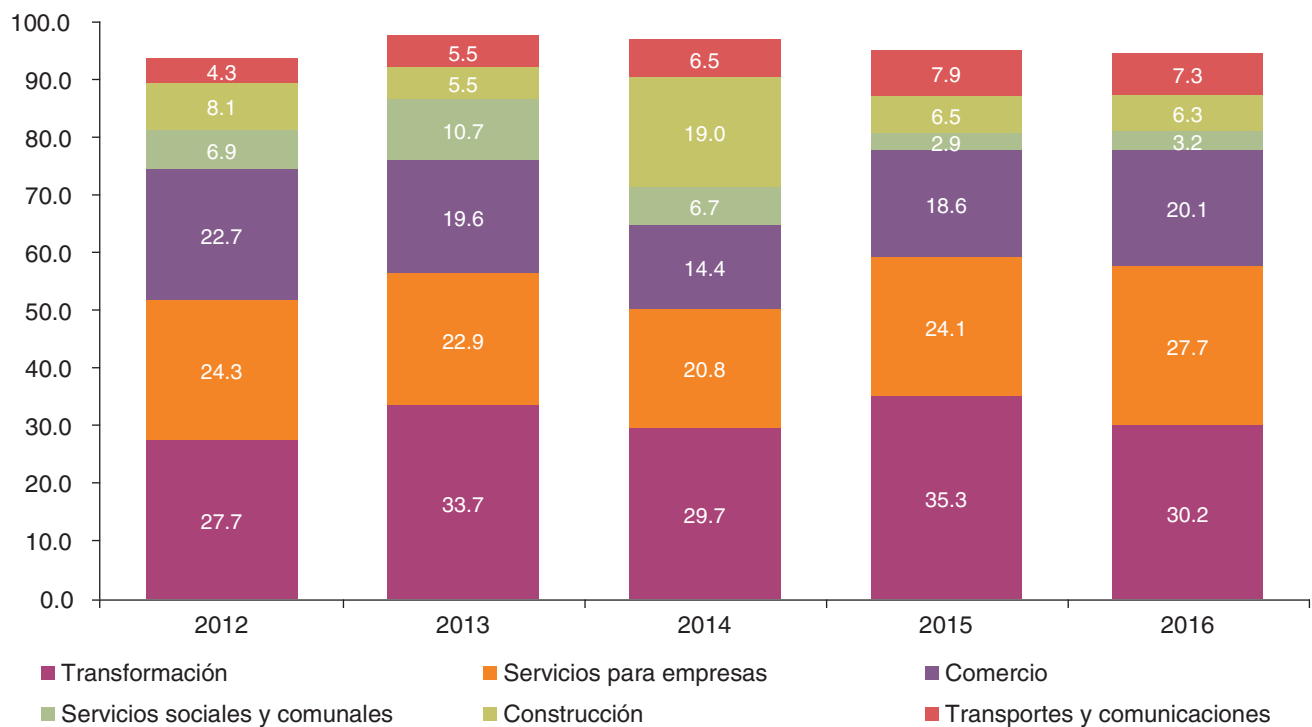
La formalización de la economía en los últimos 4 años ha sido impulsada principalmente por los sectores de la transformación y servicios para empresas. Los puestos creados en estos sectores han contribuido más que ningún otro a la creación de empleo a nivel nacional.

Entre 2012 y 2016, el sector de la transformación incrementó su participación en la afiliación total de 27.7% a 30.2% en dicho periodo. De forma similar, en el sector de servicios para empresas se pasó de una participación de 24.3% a 27.7% en el mismo periodo. Por su parte, destacan los sectores de servicios sociales y comunales y construcción que

alcanzaron una importante participación en 2013 y 2014, respectivamente (gráfica II.20).

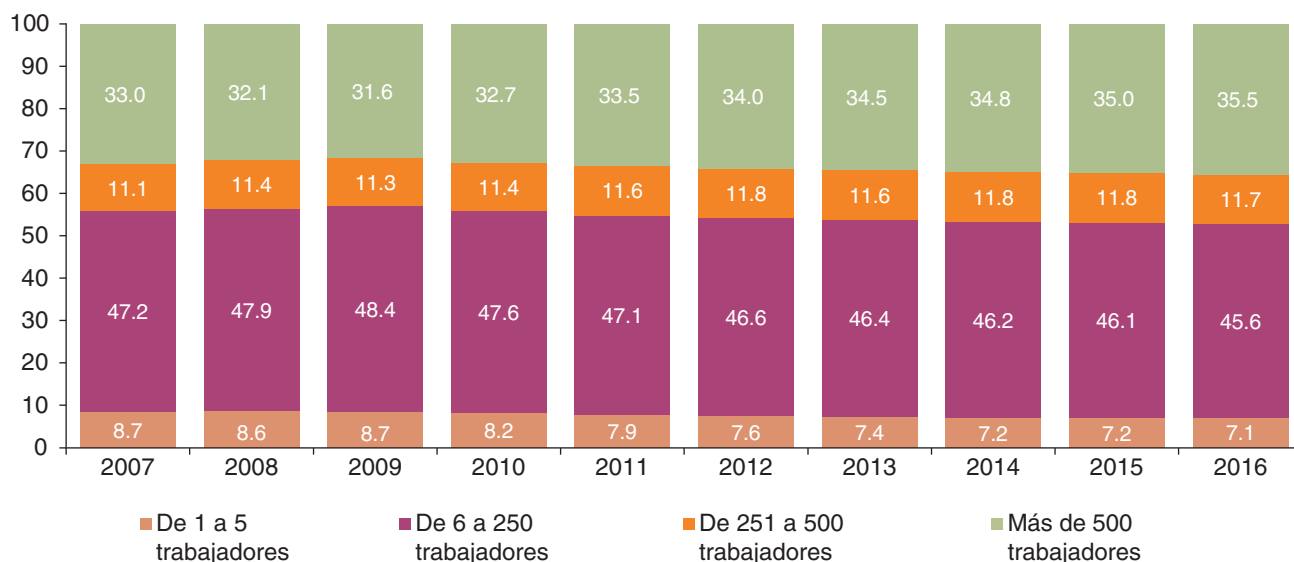
En cuanto al tamaño de las empresas y en línea con el análisis de elasticidades presentado al inicio de este capítulo, resulta interesante que en los últimos 10 años son las empresas más grandes las que presentan una mayor participación en los empleos formales. En diciembre de 2016, 35.5% de los puestos afiliados al IMSS se ubicaban en registros patronales con más de 500 trabajadores, lo que significó un aumento en comparación a 2007, cuando dicho porcentaje se ubicó en 33%. En menor medida, destacan las empresas de 251 a 500 trabajadores que pasaron de una participación de 11.1% del total de puestos registrados en el IMSS en 2007, a una participación de 11.7% en 2016 (gráfica II.21).

Gráfica II.20.
Participación en la creación de puestos de trabajo por sector económico, 2012-2016^{1/}
(porcentajes, cifras al cierre de año)



^{1/} Se excluyen los sectores con la menor participación en el empleo total, de menos de 4%, tales como el agropecuario, las industrias extractiva y eléctrica.
Fuente: Dirección de Incorporación y Recaudación, IMSS.

Gráfica II.21.
Distribución de puestos de trabajo por tamaño de registro patronal, 2007-2016
 (porcentajes, cifras al cierre de cada año)



Fuente: Dirección de Incorporación y Recaudación, IMSS.

Salario de asegurados trabajadores³³

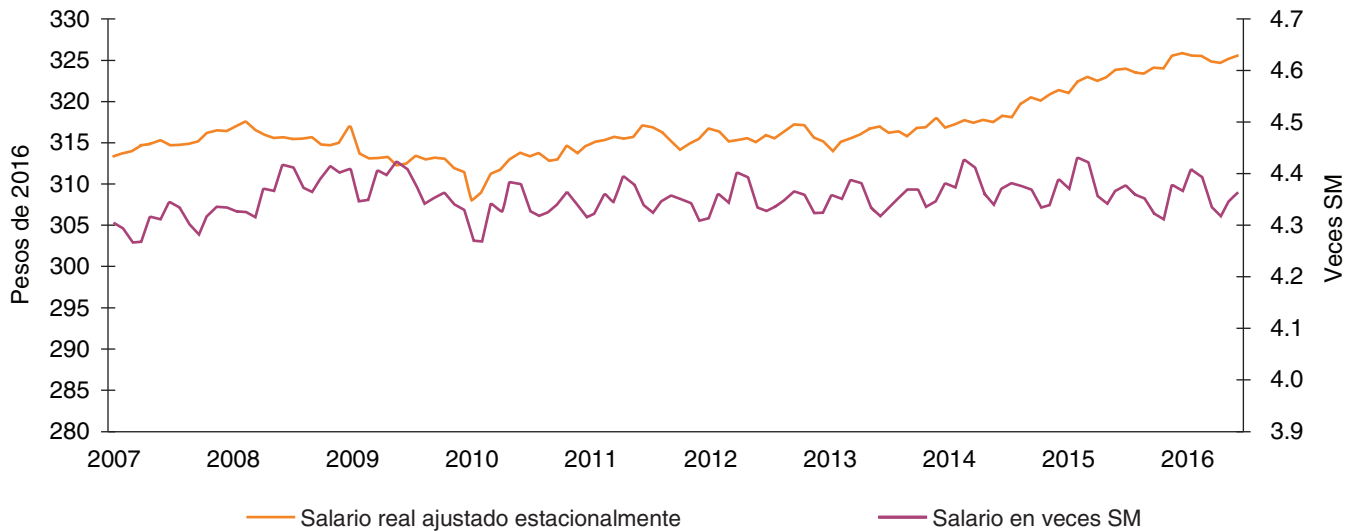
El registro correcto del salario ante el Instituto es esencial para determinar las prestaciones en dinero que se cubren en los distintos ramos de aseguramiento, así como para el cálculo correcto de las pensiones y de las cuotas que se deben pagar en materia de seguridad social. En este sentido, la emisión de criterios relativos a la integración del salario base de cotización en conceptos donde los patrones regularmente evaden el pago de cuotas y una fiscalización más eficiente en lo que va de la presente Administración, han tenido efectos positivos en el salario real y por ende en la recaudación.

³³ 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 (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. 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.

La gráfica II.22 presenta la evolución del salario base de los trabajadores en términos reales y en número de veces el salario mínimo³⁴, a nivel nacional. Durante los últimos 10 años el salario real creció 0.42% en promedio anual, mientras que en número de veces aumentó en 0.23% en promedio anual. En los últimos 3 años, de diciembre de 2013 a diciembre de 2016, el salario real registrado ante el Instituto presentó una importante mejora, al pasar de un nivel de 309.46 a 318.65 pesos diarios, equivalente a un crecimiento relativo de 13.13% nominal y 2.97% real. Este avance supera lo logrado en los 7 años anteriores, en los que el salario real se incrementó 0.82%, de diciembre de 2006 a diciembre de 2012.

³⁴ Para 2015 el salario mínimo fue de 70.10 pesos y para 2016 de 73.04. A partir del 1° de octubre de 2015, se homologa el salario mínimo en todo el país y desaparecen las áreas geográficas.

Gráfica II.22.
Salario diario de asegurados trabajadores, 2007-2016^{1/}
 (pesos de 2016 y en número de veces el salario mínimo, cifras al cierre de cada mes)



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

En los 4 últimos años, en el periodo 2013-2016, se tiene que es el rango salarial de más de 6 y hasta 8 veces el salario mínimo el que presentó la mayor creación de empleo, de 22.1%. Mientras que en los 4 años anteriores, en el periodo de 2009-2012, fue el rango salarial de 1 y hasta 2 veces el salario mínimo el que presentó la mayor creación, de 21.9% (gráfica II.23).

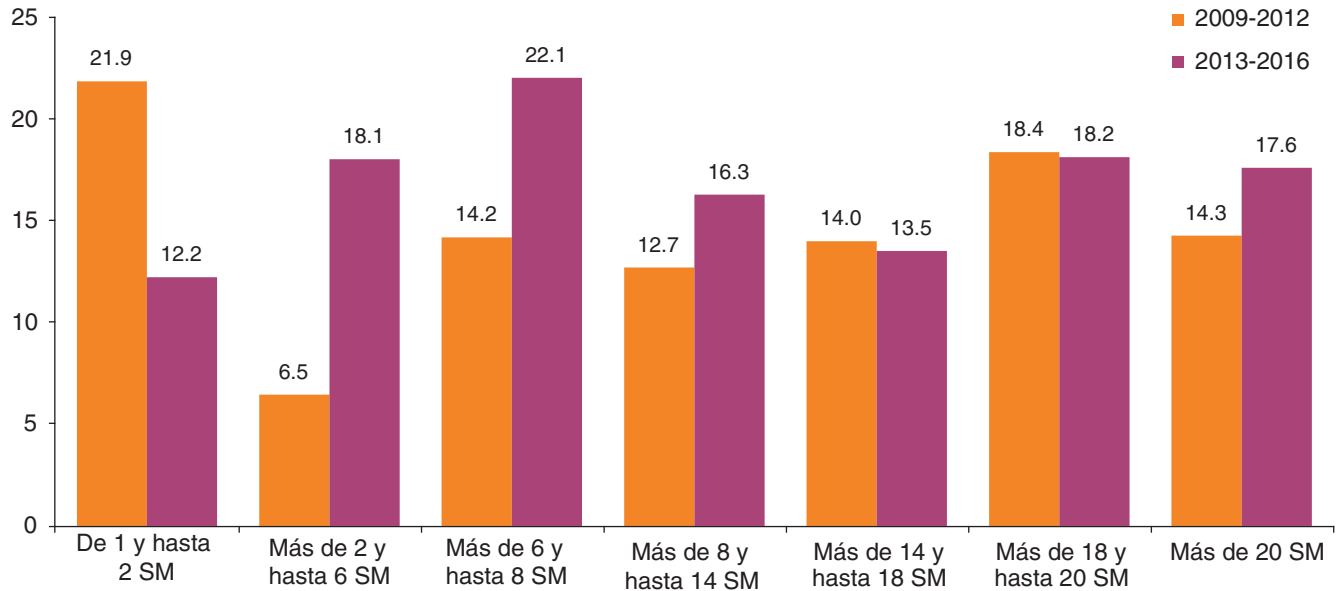
Adicionalmente, se tiene que en los últimos 4 años se han creado más puestos con salario superior a 2 veces el salario mínimo. Esto es, se tiene que de los 2'554,581 puestos de trabajo creados en el periodo de 2013-2016, 71% refiere a empleo en rangos salariales superiores a 2 veces el salario mínimo y el restante 29% a rangos salariales inferiores, de menos de 2 veces el salario mínimo. Mientras que en los 4 años anteriores, en el periodo de 2009-2012, de los 1'883,926 puestos de trabajo creados, 42.3% refiere a empleo en rangos salariales superiores a 2 veces el salario mínimo y el restante 57.7% a rangos salariales inferiores, de menos de 2 veces el salario mínimo.

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. Los patrones con las plantillas laborales más grandes son los que presentan los salarios más altos. En 2016, mientras que 12.7% de los trabajadores en empresas con más de 250 trabajadores percibía salarios de más de 10 salarios mínimos, este porcentaje era de 1.6% en empresas con plantillas de 1 a 5 trabajadores. En estas empresas chicas, 95.1% de los trabajadores percibía un salario de 1 y hasta 5 salarios mínimos (gráfica II.24).

En 2016, las empresas de más de 250 trabajadores registraron un salario promedio superior en 155% al correspondiente a los micronegocios (1 a 5 trabajadores), 72% mayor al pagado por las empresas pequeñas (6 a 50 trabajadores) y 26.1% al pagado por las medianas (51 a 250 trabajadores). A diciembre de 2016, los salarios de los trabajadores presentaron tasas

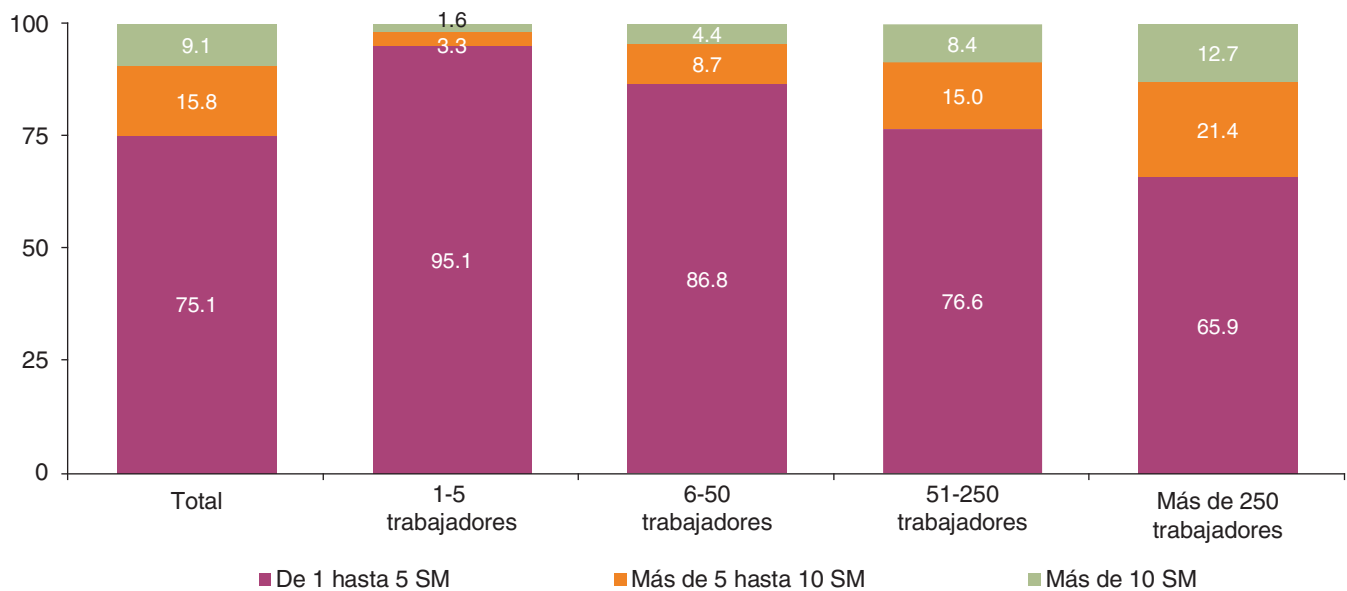
Gráfica II.23.
Variación de puestos de trabajo por rango salarial
en número de veces el salario mínimo^{1/}
 (porcentajes, cifras al cierre de cada año)



^{1/} En el rango de 1 y hasta 2 salarios mínimos se incluye el aseguramiento voluntario en modalidades 30, 35, 43 y 44.
 SM: Salario mínimo.

Fuente: Dirección de Incorporación y Recaudación, IMSS.

Gráfica II.24.
Distribución salarial de asegurados trabajadores en número de veces
el salario mínimo y tamaño de empresa, 2016^{1/}
 (porcentajes, cifras al cierre de año)



^{1/} Rango salarial en número de veces el salario mínimo. Se incluye a los 158,304 puestos en aseguramiento voluntario asociados a un salario mínimo, modalidades 30, 35, 43 y 44. En los 158,304 hay 45,525 que no tienen asociado un rango de tamaño de empresa; estos son agregados al rango de 1-5.

SM: Salario mínimo.

Fuente: Dirección de Incorporación y Recaudación, IMSS.

reales de crecimiento anual de 0.2% en las grandes, 0.7% en las medianas y 0.1% en las pequeñas y en las microempresas (cuadro II.2).

La gráfica II.25 detalla la distribución de los trabajadores por nivel salarial y sector económico. Al igual que en años anteriores, los sectores de la industria de electricidad y suministro de agua, y la industria extractiva son los que presentan las plantillas laborales con los salarios más altos. En el primero, 48.6% de sus trabajadores se concentra en un rango salarial de más de 10 veces el salario mínimo, en tanto

que en la industria extractiva esta cifra se ubica en 20.8%.

El cuadro II.3 muestra que los sectores que impulsaron la mejora salarial en el último año fueron: transformación, con un aumento real ponderado de 0.7%, y servicios para empresas, con 0.2%. La industria de la construcción destaca por la drástica disminución en el salario de sus trabajadores, una pérdida de 5.1% en diciembre de 2016, cuando en diciembre de 2015 registró un incremento anual de 0.4%.

Cuadro II.2.
Salario diario de asegurados trabajadores por tamaño de registro patronal, 2007-2016
(pesos de 2016 y número de veces el salario mínimo, 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 SM	Pesos	Veces SM	Pesos	Veces SM	Pesos	Veces SM	Pesos	Veces SM
2007	310.07	4.3	149.08	2.1	223.86	3.1	306.70	4.3	389.97	5.5
2008	308.18	4.4	147.14	2.1	222.28	3.2	305.43	4.4	388.99	5.6
2009	306.43	4.4	147.20	2.1	222.65	3.2	304.67	4.3	386.51	5.5
2010	306.20	4.3	146.17	2.1	219.63	3.1	299.79	4.2	386.01	5.5
2011	308.25	4.4	145.80	2.1	219.48	3.1	300.77	4.2	386.59	5.5
2012	309.49	4.3	146.41	2.1	219.25	3.1	301.79	4.2	385.58	5.4
2013	309.46	4.3	146.56	2.1	218.40	3.1	299.48	4.2	385.68	5.4
2014	311.10	4.4	149.50	2.1	222.13	3.1	301.93	4.3	383.57	5.4
2015	316.99	4.4	153.07	2.1	226.84	3.1	307.56	4.2	389.71	5.4
2016	318.65	4.4	153.20	2.1	227.10	3.1	309.73	4.2	390.67	5.3

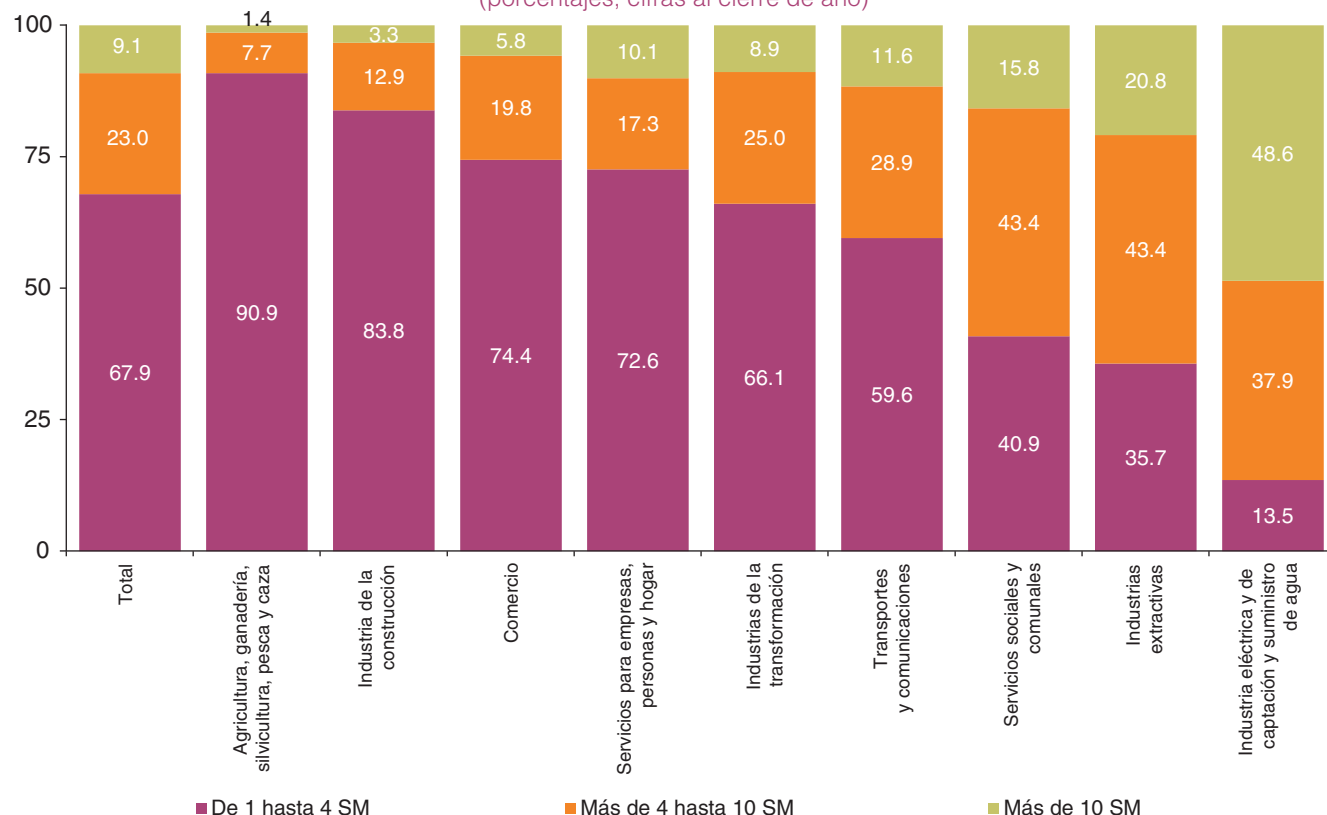
SM: Salario mínimo.

No incluye el salario de los 45,525 asegurados para los cuales "No aplica tamaño". Refiere a los asegurados trabajadores asociados a un registro patronal "convencional". Los registros convencionales refieren a claves internas del IMSS que identifican a trabajadores del tipo de independientes e incorporaciones voluntarias del campo al Régimen Obligatorio.

Fuente: Dirección de Incorporación y Recaudación, IMSS.

Gráfica II.25.

Distribución de puestos de trabajo por rango salarial en número de veces el salario mínimo y sector económico, 2016^{1/}
(porcentajes, cifras al cierre de año)



^{1/} Rango salarial en número de veces el salario mínimo. Se incluye a los 158,304 puestos en aseguramiento voluntario asociados a un salario mínimo, modalidades 30, 35, 43 y 44.

SM: Salario mínimo.

Fuente: Dirección de Incorporación y Recaudación, IMSS.

Cuadro II.3.

Salario diario de asegurados trabajadores por sector económico, 2015-2016
(pesos de 2016 y número de veces el salario mínimo, cifras al cierre de cada año)

Actividad económica	2015			2016			Variación (%)	
	Nominal (a)	Ponderado (b)	Veces	Nominal (d)	Ponderado (e)	Veces	Porcentual	Ponderada ^{1/}
			SM (c)			SM (f)		
Agricultura, ganadería, silvicultura, pesca y caza	170.90	4.96	2.36	178.85	5.37	2.45	4.65	0.13
Industrias de la transformación	322.63	85.99	4.45	329.20	88.27	4.51	2.04	0.72
Industrias extractivas	523.29	3.61	7.22	513.43	3.36	7.03	-1.88	-0.08
Industria eléctrica y de captación y suministro de agua	799.06	6.61	11.03	797.40	6.22	10.92	-0.21	-0.12
Industria de la construcción	220.04	17.92	3.04	208.82	16.86	2.86	-5.10	-0.33
Comercio	268.30	55.31	3.70	270.77	55.81	3.71	0.92	0.16
Transporte y comunicaciones	371.35	20.33	5.13	369.06	20.48	5.05	-0.62	0.05
Servicios para empresas, personas y hogar	305.26	71.53	4.21	306.87	72.29	4.20	0.53	0.24
Servicios sociales y comunales	450.39	50.74	6.22	456.26	49.99	6.25	1.30	-0.24
Total	316.99	316.99	4.37	318.65	318.65	4.36	0.52	0.52

^{1/} Variación ponderada por la participación del salario en cada sector económico en el total nacional.

SM: Salario mínimo.

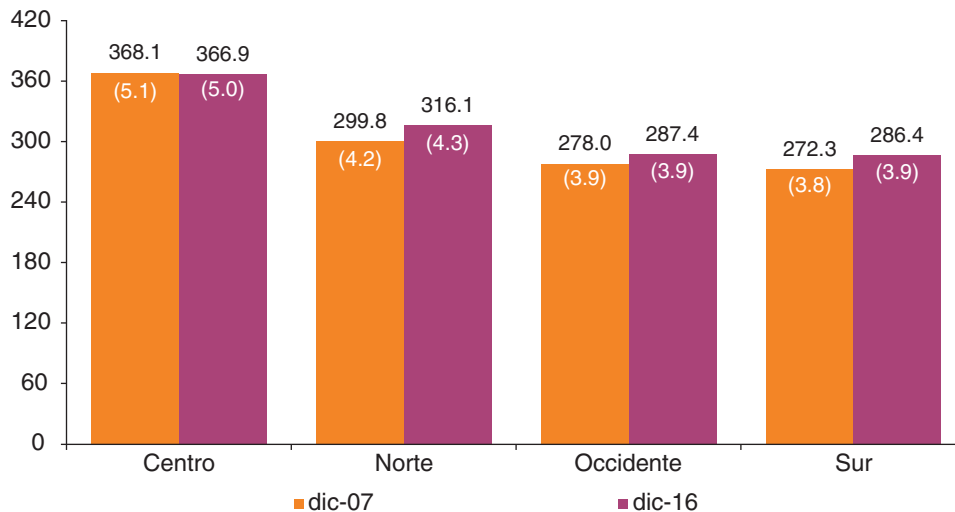
Fuente: Dirección de Incorporación y Recaudación, IMSS.

Salario por región geográfica

La gráfica II.26 presenta el salario de los trabajadores por región para 2007 y 2016. En casi todas las regiones del país³⁵ se observa un incremento salarial real en los últimos 10 años; el mayor incremento se reporta en la región norte, en donde se pasó de un salario real de 299.8 pesos diarios (4.2 veces el salario mínimo) en 2007 a 316.1 pesos diarios (4.3 veces el salario mínimo) en 2016, que representa un incremento de 5.4%, y en la región sur, en donde el salario real aumentó en 5.2% al pasar de 272.3 pesos diarios (3.8 veces el salario mínimo) en 2007 a 286.4 pesos diarios (3.9 veces el salario mínimo) en 2016.

De diciembre de 2015 a diciembre de 2016, los mayores incrementos salariales se dan en las entidades de las regiones norte y occidente. Destacan Chihuahua y Baja California con crecimientos salariales por encima de 3.5% real; estos incrementos se encuentran por encima del aumento nacional de 0.52% (gráfica II.27). En el centro, sólo Querétaro con una variación salarial anual real de 1.82%, presenta una mejora salarial superior al aumento nacional. De las entidades de la zona sur, sólo Chiapas y Tlaxcala presentaron un crecimiento en el salario real de 0.48% y 0.24%, respectivamente.

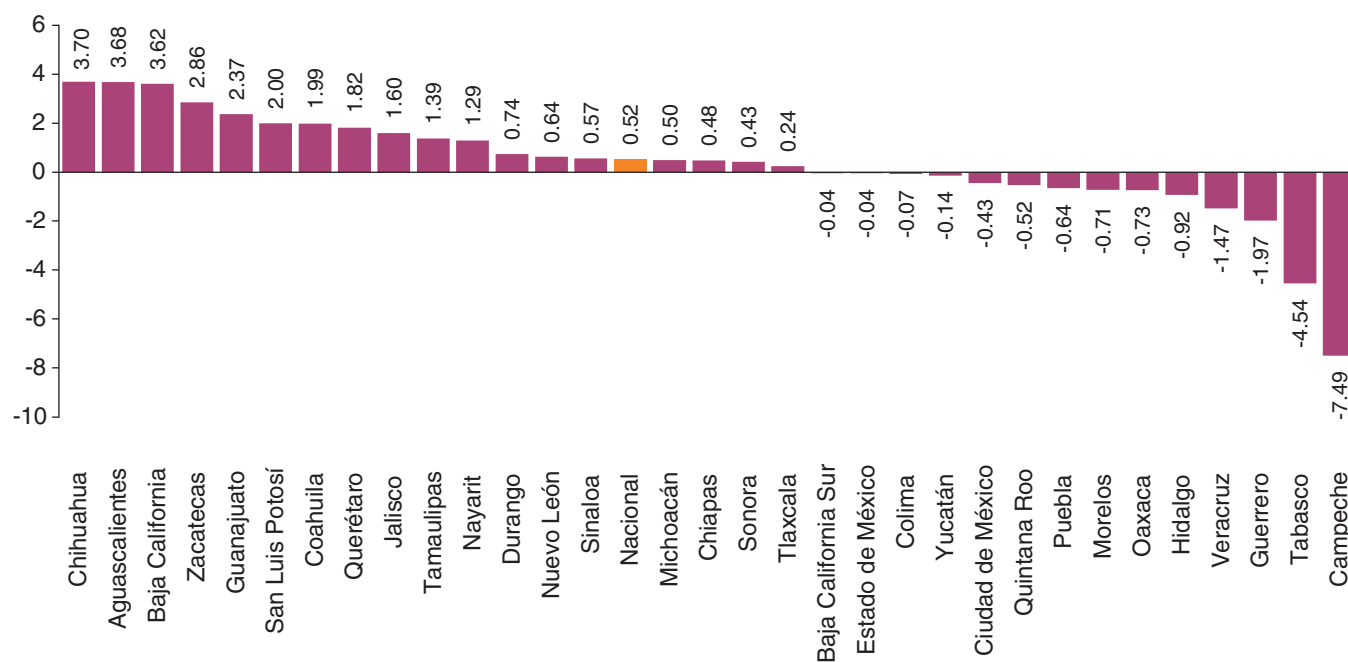
Gráfica II.26.
Salario por región en pesos de 2016 y número de veces el salario mínimo, 2007-2016^{1/}
 (cifras al cierre de cada año)



^{1/} Salario mínimo para 2007, 50.57 pesos y para 2016, 73.04 pesos.
 Fuente: Dirección de Incorporación y Recaudación, IMSS.

³⁵ La **región centro** incluye a la Ciudad de México, 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 entidades de adscripción al IMSS.

Gráfica II.27.
Variación anual del salario real de asegurados trabajadores por entidad, 2016
 (porcentajes al cierre de año)



Fuente: Dirección de Incorporación y Recaudación, IMSS.

II.2.2. Asegurados no trabajadores

Entre los asegurados no trabajadores afiliados al IMSS está el Seguro Facultativo con los estudiantes de nivel medio superior y superior³⁶, mismos que se incorporan 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 y está vigente hasta la fecha.

Este Decreto Presidencial establece la obligatoriedad del IMSS de otorgar las prestaciones en especie del Seguro de Enfermedades y Maternidad a este grupo de asegurados. Para financiar estos servicios, el Gobierno Federal cubre una prima de 1.723% del salario mínimo vigente. 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, así como acceso a programas de chequeo médico, prevención de riesgos de salud, salud sexual y reproductiva, campañas de vacunación para prevenir enfermedades de carácter estacional o epidemiológico.

Como parte de las medidas de simplificación de trámites descritas en la sección anterior, en 2016 se generaron y entregaron Números de Seguridad Social (NSS) *únicos* a todos los estudiantes de instituciones públicas de los niveles medio superior y superior. Este NSS los acompañará toda su vida, mientras mantengan la calidad de estudiantes o una vez que inicien una relación laboral formal, lo que les ahorrará un trámite que antes era tardado y engorroso, además de permitirles dar seguimiento a su historial médico.

³⁶ Los estudiantes se afilian al Instituto en la modalidad 32 (Seguro Facultativo). Además de estudiantes, en esta modalidad se afilia a familiares de la Comisión Federal de Electricidad y del personal del IMSS.

Para el IMSS, la asignación de NSS *únicos y permanentes* significó un mejor control y registro en la afiliación de estudiantes, evitando el aseguramiento de un mismo estudiante en más de una institución escolar. En 2016 se completó la generación y entrega de Números de Seguridad Social a estudiantes, de tal manera que para el cierre de ese año se contaba con 6.8 millones de afiliaciones en la modalidad 32, del Seguro Facultativo (gráfica II.28)³⁷.

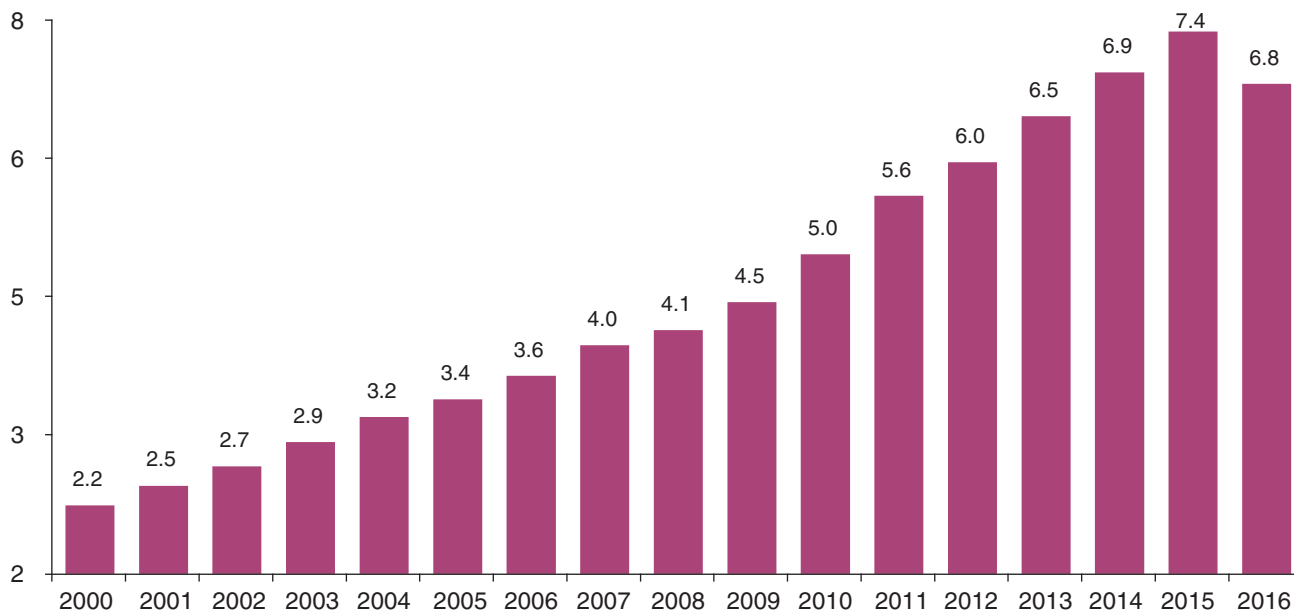
Con este tipo de medidas, no sólo se busca garantizar el derecho a servicios de salud de los estudiantes, sino que lo conozcan y aprovechen. Los estudiantes de estos niveles de educación que se accidentan o enferman no tendrían que pagar un doctor, medicinas, estudios de laboratorio y hospitales, sacrificando recursos que pueden destinar a otras necesidades como su formación profesional. Esto es, más que un gasto, este tipo de acciones representan una inversión, ya que además de coadyuvar con

los estudiantes para que los problemas de salud no representen un obstáculo en la continuidad de sus estudios, se da un giro en el IMSS al pasar de un esquema curativo a uno preventivo que se traduzca en menores gastos médicos en el futuro.

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.

Gráfica II.28.
Afiliaciones al IMSS en modalidad 32, del Seguro Facultativo, 2000-2016
(millones de asegurados, cifras al cierre de año)



Fuente: Dirección de Incorporación y Recaudación, IMSS.

³⁷ La disminución de 7.4 a 6.8 millones de afiliaciones en la modalidad 32 de 2015 a 2016, es resultado del mejor registro en el aseguramiento en esta modalidad de Seguro Facultativo.

La gráfica II.29 muestra que el número de pensiones pagadas mantiene una tendencia de crecimiento sostenido, con una tasa de aumento promedio anual de alrededor de 4.2% durante el periodo 2007-2016. Al cierre de 2016 se registró un total de 3'654,712 pensiones (no IMSS), mientras que el número de pensiones asociadas a ex trabajadores del IMSS alcanzó una cifra de 276,055. Como resultado, al cierre de 2016, el IMSS cubría a 3'930,767 pensionados.

II.2.4. Beneficiarios de asegurados y pensionados

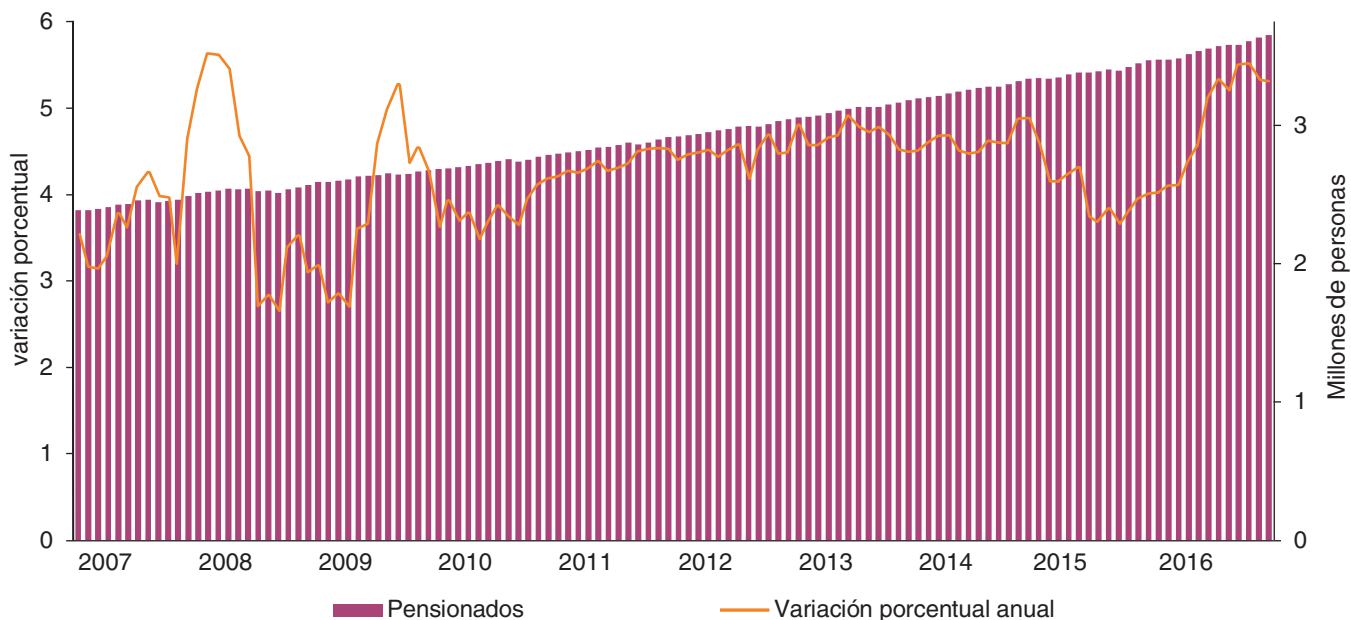
En el registro del padrón del IMSS se contabiliza tanto a los derechohabientes titulares como a sus beneficiarios (cuadro II.4)³⁸.

i) Titulares³⁹:

a. Asegurados y pensionados que fueron presentados en las secciones anteriores. Al cierre de 2016, se contabilizan 25'883,481 asegurados (trabajadores y no trabajadores), con nombre y apellidos, semanas de cotización, una historia salarial, una empresa asociada, y de los que cada mes se recibe el pago de sus contribuciones, así como 3'930,767 pensionados, con nombre y apellidos, y a los que mes a mes se les paga su pensión. De este grupo, 98% cuenta con el dato de Clave Única de Registro de Población (CURP).

b. Asegurados en baja, pero en conservación de derechos que refieren a personas dadas de baja del IMSS pero que cubren,

Gráfica II.29.
Pensionados, 2007-2016^{1/}
(millones de personas y porcentajes, al cierre de cada mes)



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

Fuente: Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales, IMSS.

³⁸ 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.

³⁹ La cifra de 30'409,989 derechohabientes titulares al cierre de 2016 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), 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.

inmediatamente antes de tal privación, un mínimo de 8 cotizaciones semanales ininterrumpidas. Al cierre de 2016, se contabilizan 595,743 asegurados, 98% de este grupo cuentan con el dato de la CURP.

- ii) Familiares derechohabientes de los titulares. Al cierre de 2016, se identificaron 23'567,132 beneficiarios adscritos a una clínica, con nombre y apellidos, parentesco con su titular, fecha de nacimiento y alrededor de 88% con la CURP identificada en los sistemas del IMSS. Adicionalmente, se estima que existen 9'503,204 que son familiares de los titulares, pero que no han sido adscritos a una clínica del IMSS⁴⁰. 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 33'070,336 derechohabientes familiares.

Al considerar las afiliaciones efectivas de titulares y sus beneficiarios, se obtiene una población derechohabiente de 53'977,123 adscripciones a Unidad de Medicina Familiar (UMF)⁴¹, plenamente identificadas y alrededor de 94% de ellas con CURP asociada en los sistemas del IMSS, al cierre de 2016. En la siguiente sección se describen los más recientes avances en el registro de esta Clave Única.

⁴⁰ La estimación de beneficiarios no adscritos se realiza a partir de coeficientes familiares, que expresan el número promedio de personas que de acuerdo con la Ley del Seguro Social pueden considerarse como beneficiarios de cada trabajador afiliado al IMSS. Estos coeficientes se computan a partir de fuentes externas, como los censos y encuestas publicadas por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía. La estimación de 9'503,204 beneficiarios potenciales involucra 4 coeficientes: Un coeficiente familiar de 1.639 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. A los asegurados no trabajadores no se les asocia ningún beneficiario, ya que no tienen ese derecho.

⁴¹ 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.

Cuadro II.4.
Población derechohabiente del IMSS, 2016
(cifras al cierre del año)

Tipo de afiliación	Derechohabientes
Titulares^{1/}	30,409,991
Asegurados	25,883,481
Trabajadores	18,616,624
No trabajadores	7,266,857
Pensionados	3,930,767
Pensionados no IMSS	3,654,712
Pensionados IMSS	276,055
Asegurados no vigentes con conservación de derechos	595,743
Familiares	33,070,336
Adscritos	23,567,132
Asegurados	20,463,497
Pensionados	2,420,968
Asegurados no vigentes con conservación de derechos	682,667
No Adscritos	9,503,204
Total	63,480,327

^{1/} Incluye pensionados con aseguramiento vigente (por ejemplo, una persona que recibe una pensión por viudez y al mismo tiempo mantiene un empleo remunerado y subordinado), contabiliza a los asegurados en baja, pero con conservación de derechos, y a las pensiones derivadas, que refieren a pensiones pagadas a beneficiarios de titulares fallecidos.

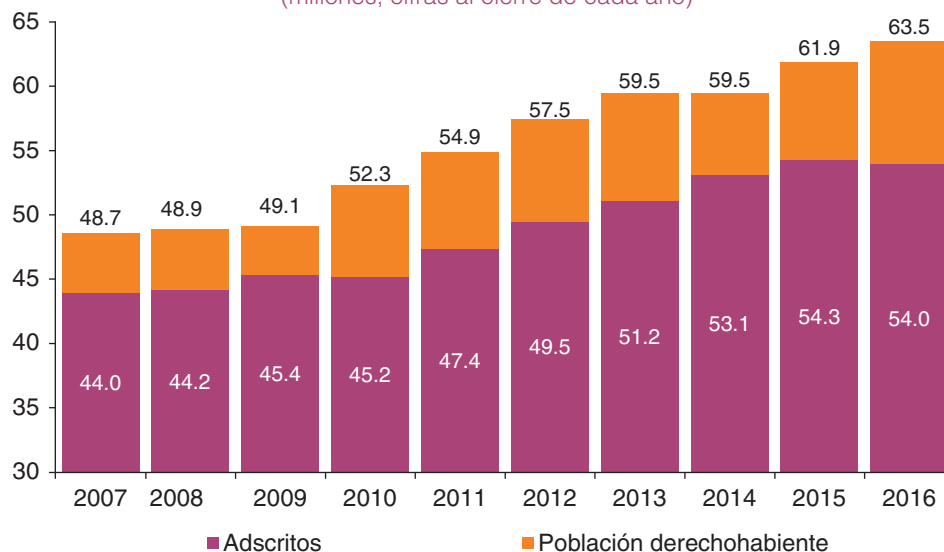
Fuente: Dirección de Incorporación y Recaudación, IMSS.

Finalmente, al considerar a los más de 9.5 millones de beneficiarios no adscritos, pero con derecho, la población cubierta por el Instituto (sin considerar IMSS-PROSPERA)⁴² alcanza las 63'480,327 personas al cierre de 2016 (gráfica II.30), lo que representa alrededor de 50% de la población del país⁴³.

⁴² Consultar el Capítulo VIII para cifras del padrón de IMSS-PROSPERA.

⁴³ Se considera la población del país reportada por el Consejo Nacional de Población (CONAPO), referente a cifras de junio de cada año. La población, al cierre de 2016, se estimó como el promedio a mitad de año de 2016 y 2017, cifra de 122'895,872 personas.

Gráfica II.30.
Población derechohabiente^{1/} y adscrita al IMSS, sin IMSS-PROSPERA, 2007-2016^{2/}
 (millones, cifras al cierre de cada año)



^{1/} Población derechohabiente también denominada población derechohabiente potencial, ya que incluye una parte estimada.

^{2/} Anterior a junio de 2011, las cifras de población derechohabiente adscrita provienen de la Dirección de Prestaciones Médicas (DataMart de Prestaciones Médicas), cuya metodología consistía en la utilización de reportes por clínica provenientes del Sistema de Acceso a la Información de Derechohabientes (AcceDer) para el cálculo de una cifra a nivel nacional. A partir de junio de 2011 las cifras de población derechohabiente adscrita provienen de la Dirección de Incorporación y Recaudación (DataMart de Población Derechohabiente Adscrita), área responsable del sistema AcceDer.

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

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.

Además de contar con mayor información personal de los derechohabientes, la CURP permite identificar

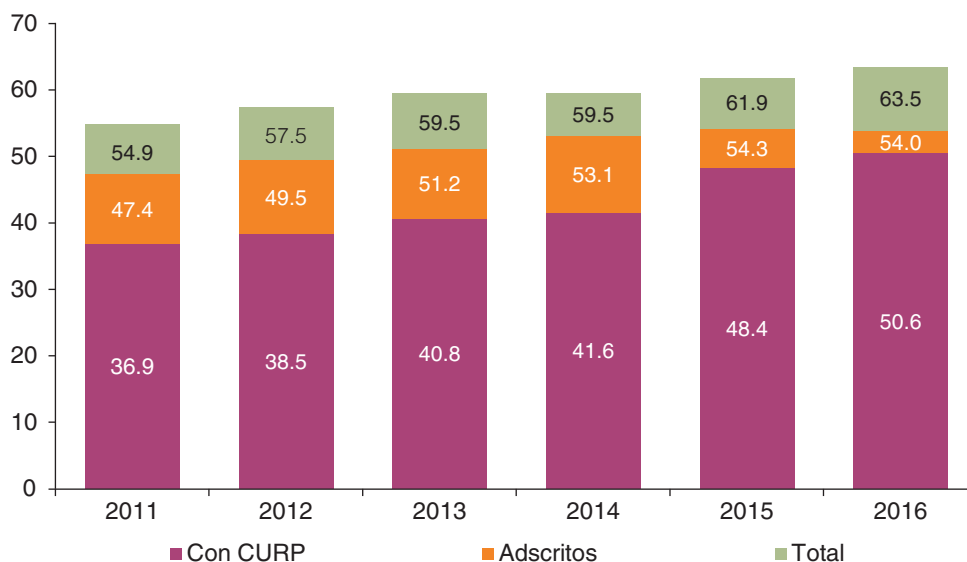
a personas afiliadas al IMSS con más de un tipo de afiliación, por ejemplo, una mujer asegurada como trabajadora y como beneficiaria esposa⁴⁴. A medida que el padrón de derechohabientes adscritos en el IMSS se complete con el dato de la CURP será posible contabilizar una cifra relativa al número de asegurados con más de un tipo de afiliación.

En 2011 se contaba con 36.9 millones de derechohabientes con el dato de la CURP (77.8% del total de adscritos), y al cierre de 2016 esta cifra era de 50.6 millones (93.7% del total de adscritos)⁴⁵ (gráfica II.31). Este aumento tan significativo en el

⁴⁴ Actualmente una mujer con dos tipos de afiliación mantiene dos números de seguridad social: un NSS como trabajadora titular y el NSS de su esposo como beneficiaria de su titular. Actualmente, el único dato que permite conocer que se trata de la misma persona es la CURP.

⁴⁵ Este avance en el poblamiento del dato de la CURP 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 ágil y sencilla.

Gráfica II.31.
Población derechohabiente al IMSS, total^{1/}, adscrita y con el dato de la CURP,
sin IMSS-PROSPERA, 2011-2016^{2/}
 (millones, cifras al cierre de cada año)



^{1/} Población derechohabiente total también denominada población derechohabiente potencial, ya que incluye una parte estimada.

^{2/} La Ley del Seguro Social 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 31 de diciembre de 2016 se contabilizaron 54 millones de adscripciones, de éstas, 50.6 millones cuentan con el dato de la CURP, las que a su vez se asocian a 46.5 millones de personas con CURP. Esto es, al cierre de diciembre se identificaron 3.9 millones de personas con más de un rol o tipo de afiliación.

CURP: Clave Única de Registro de Población.

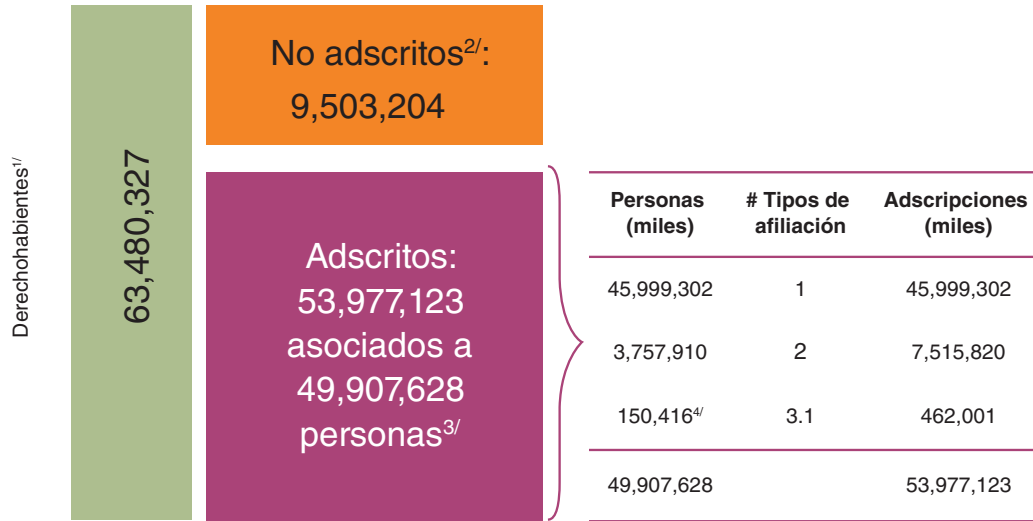
Fuente: Dirección de Incorporación y Recaudación, IMSS.

poblamiento del dato de la CURP permitió estimar el número de *personas* en el IMSS con más de un tipo de afiliación (por ejemplo, mujer trabajadora y beneficiaria como esposa), de 3.9 millones de derechohabientes. Contabilizando sólo una vez a las *personas* con más de un tipo de afiliación, se estima un total de 49.9 millones de derechohabientes personas adscritas al IMSS (gráfica II.32), 93% de ellas con el dato de la CURP.

Cobertura de seguridad social

En los últimos 10 años se observan mejoras en la cobertura de seguridad social del IMSS. En este periodo de 2007 a 2016, el aseguramiento en el Instituto se ha ampliado de manera significativa, con un crecimiento que duplica el de la población. Esto es, mientras que la población en el país aumentó en 11.2%, en ese mismo lapso de 10 años, la población adscrita al IMSS aumentó en 22.7%. Si se considera a la población potencial, 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 30.5%, casi 3 veces el crecimiento de la población del país (gráfica II.33).

Gráfica II.32.
Estimación de la cifra de derechohabientes, adscritos y asociados a personas, 2016
 (cifras al cierre del año)



^{1/} Población derechohabiente también denominada población derechohabiente potencial, ya que incluye una parte estimada.

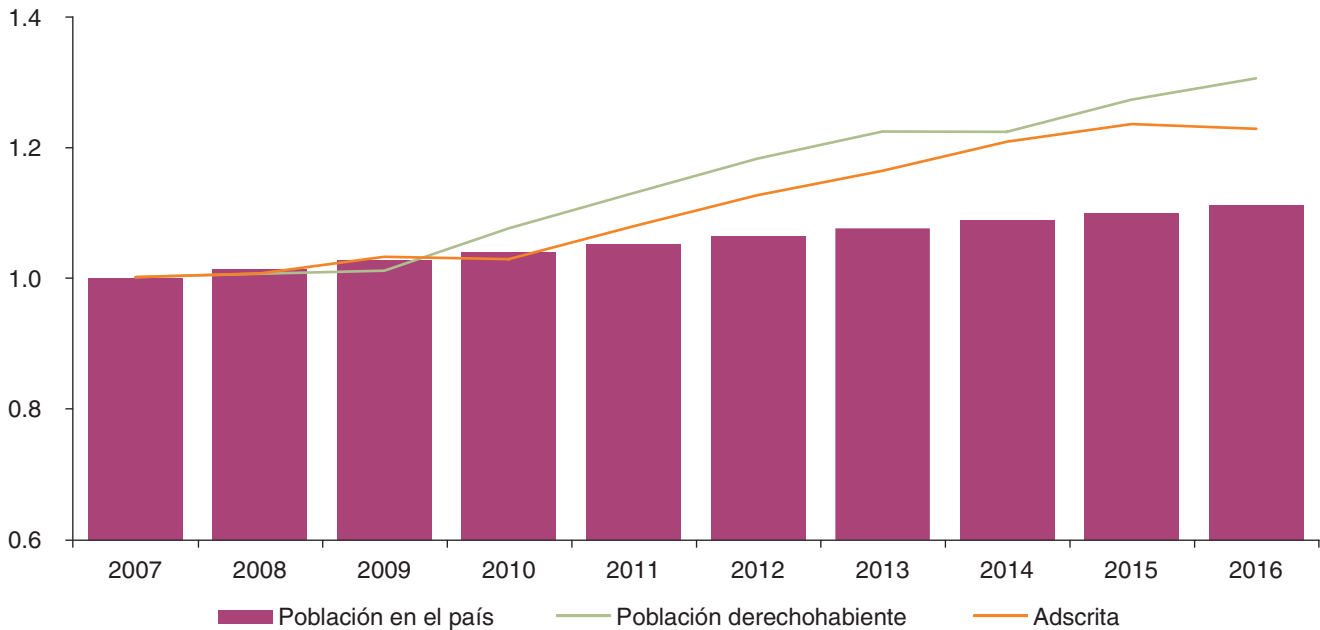
^{2/} Personas que no están adscritas, pero que tienen derecho de utilizar los servicios dada su relación con el titular.

^{3/} Dato de personas estimado a partir de la CURP.

^{4/} Personas con 3 o más tipos de afiliación. El promedio es de 3.1 afiliaciones.

Fuente: Dirección de Incorporación y Recaudación, IMSS.

Gráfica II.33.
Población en el país, derechohabiente^{1/} y adscrita, 2007-2016^{2/}
 (índice base 2007)



^{1/} Población derechohabiente también denominada población derechohabiente potencial, ya que incluye una parte estimada.

^{2/} Para 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 (122.9 millones de habitantes).

Fuente: Consejo Nacional de Población; Dirección de Incorporación y Recaudación, IMSS.



Este capítulo analiza la situación financiera del Seguro de Riesgos de Trabajo (SRT) y describe las acciones realizadas durante 2016, orientadas a brindar cada vez con mayor calidad y calidez los servicios otorgados a los asegurados, buscando al mismo tiempo contribuir a la viabilidad financiera del seguro. Para asegurar que las prestaciones de este seguro se otorguen de manera expedita y transparente, la actual Administración ha impulsado una etapa de modernización y digitalización de los servicios que están a disposición de la población asegurada.

La sección III.1 describe los riesgos cubiertos por el Seguro de Riesgos de Trabajo y presenta un diagnóstico de la situación actual con relación al gasto de las prestaciones en dinero otorgadas por este seguro, las cuales incluyen los subsidios por incapacidad temporal para el trabajo, pensiones por incapacidad permanente con carácter provisional o definitivo, así como indemnizaciones globales.

La sección III.2 muestra el estado de actividades del mismo seguro considerando 2 escenarios del costo neto: i) con registro parcial de los pagos realizados en el periodo por concepto del Régimen de Jubilaciones y Pensiones y de la Prima de Antigüedad e Indemnizaciones, y ii) con registro total de las citadas obligaciones laborales.

La sección III.3 reporta los resultados de la valuación actuarial realizada para el Seguro de Riesgos de Trabajo, mismos que brindan un diagnóstico técnico sobre la situación financiera de este seguro al 31 de diciembre de 2016. Estos resultados permiten

determinar si la prima de ingreso es suficiente para hacer frente en el futuro a las obligaciones derivadas de las prestaciones en dinero y en especie que deberán otorgarse a los trabajadores afiliados al IMSS y a sus beneficiarios de acuerdo con lo que establece la Ley del Seguro Social (LSS), así como a los gastos de administración.

Finalmente, la sección III.4 delinea las acciones de política que ya se han emprendido para fortalecer la protección que brinda el Seguro de Riesgos de Trabajo y contribuir a su viabilidad en el largo plazo. Como parte de estas acciones destaca la incorporación del área de Salud en el Trabajo a la Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales.

III.1. Introducción

El Seguro de Riesgos de Trabajo otorga prestaciones en dinero y en especie a los trabajadores asegurados al IMSS en caso de que sufran algún accidente o enfermedad en ejercicio o con motivo del trabajo, incluyendo los ocurridos durante el trayecto de su domicilio al centro de trabajo o viceversa, así como a los beneficiarios si el riesgo de trabajo trae como consecuencia la muerte del asegurado. También beneficia a las empresas al relevarlas del cumplimiento de las obligaciones que establece la Ley Federal del Trabajo⁴⁶ sobre la responsabilidad por esta clase de riesgos, al realizar las aportaciones de seguridad social.

El cuadro III.1 describe 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.

⁴⁶ 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 2016, el Seguro de Riesgos de Trabajo cubría a 18'411,949⁴⁷ 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 obligados⁴⁸. Las cuotas de este seguro se calculan conforme a lo que se determina en la Ley del Seguro Social, con relación al salario base de cotización y a los riesgos inherentes a la actividad del patrón.

Durante 2016 el Instituto otorgó, con cargo a este seguro, prestaciones en dinero por un monto de 6,765 millones de pesos, 5.8% menos que en 2015, 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 se hará con cargo al Seguro de Riesgos de Trabajo, 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 una mayor siniestralidad de estos eventos. Es por ello que históricamente, el IMSS ha realizado acciones para incidir en la reducción de accidentes y enfermedades profesionales, lo cual repercute en una reducción en el gasto de este seguro, así como en 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 presentó en los últimos años un deterioro financiero que ha implicado una reducción del superávit que presenta su estado de actividades,

⁴⁷ A diciembre de 2016 el IMSS registraba 18'616,624 trabajadores asegurados. El Seguro de Riesgos de Trabajo no cubre a los trabajadores al servicio de gobiernos estatales, municipales y organismos descentralizados (modalidad 36), de incorporación voluntaria del campo al Régimen Obligatorio (modalidad 43) y trabajadores independientes (modalidad 44).

⁴⁸ 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.

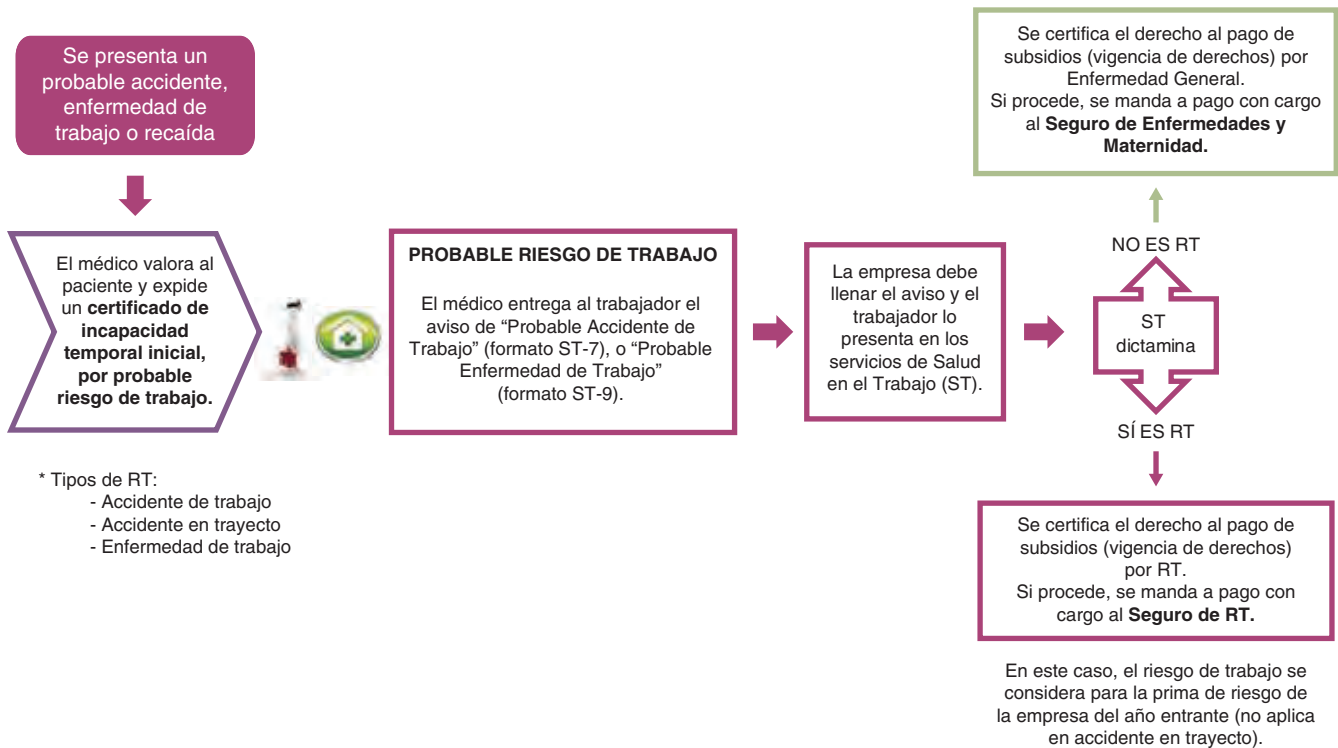
Cuadro III.1.
Prestaciones del Seguro de Riesgos de Trabajo

Tipo de prestación	Concepto y fundamento en la Ley del Seguro Social	Descripción
El asegurado que sufra un riesgo de trabajo tiene derecho a las siguientes prestaciones:		
En especie	Asistencia médica, quirúrgica y farmacéutica	Prestaciones con cargo al Seguro de Riesgos de Trabajo
	Servicio de hospitalización	
	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 100 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%.
	Pensión por incapacidad permanente parcial. Artículos 58, fracción II, y 61	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 2 años, en el cual el Instituto podrá ordenar o, por su parte, el asegurado solicitar la revisión de la incapacidad con el fin de modificar la cuantía de la pensión. Transcurrido el periodo de adaptación de una pensión provisional, o cuando derivado de la valoración médica inicial se establezca que el riesgo de trabajo dejará secuelas permanentes e irreversibles, se otorga una pensión definitiva.
	Pensión por incapacidad permanente total. Artículos 58, fracción II, y 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 2 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	Pensión. Artículos 64, fracciones II, III, IV, V y VI; 65 y 66
Ayudas para gastos de funeral. Artículo 64, fracción I		Pago en una sola exhibición de la cantidad equivalente a 2 meses del valor de la Unidad de Medida y Actualización ^{1/} (UMA) vigente en la fecha de fallecimiento.

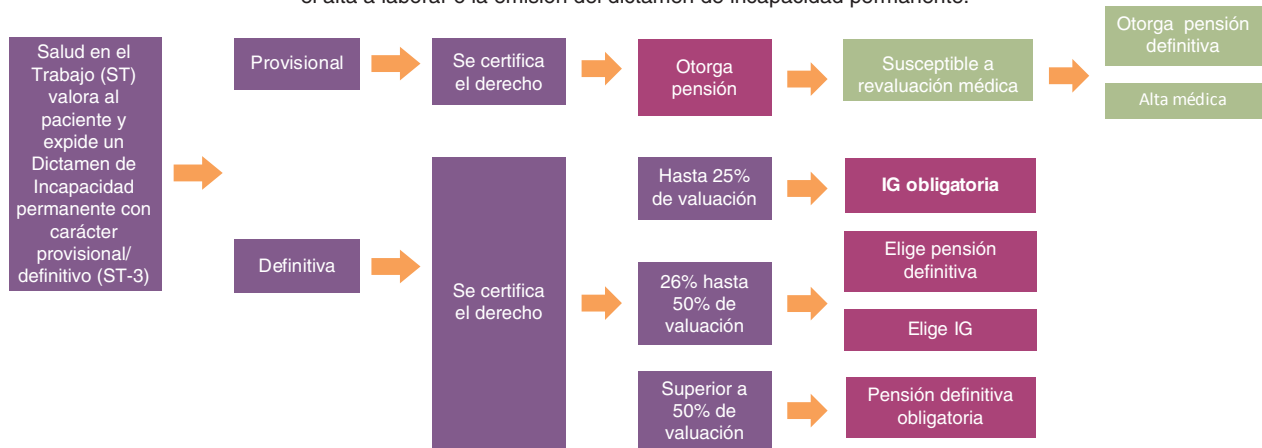
^{1/} A partir de febrero de 2017.

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/}



La expedición de los certificados de incapacidad por riesgos de trabajo tienen un límite máximo de hasta 52 semanas. Este plazo puede ser menor en caso de que desde la primera valoración se determine el alta a laborar o la emisión del dictamen de incapacidad permanente.



Los dictámenes de Incapacidad permanente provisional tienen un límite máximo de 104 semanas

Este plazo puede ser menor si se determina el alta a laborar o una pensión por incapacidad permanente.

Pensiones definitivas

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.

^{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 de trabajo.

Fuente: Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales, IMSS.

Cuadro III.2.
Distribución de las prestaciones del Seguro
de Riesgos de Trabajo 2016
(millones de pesos)

Total de prestaciones en dinero	13,342
Con cargo al Seguro de Riesgos de Trabajo	6,765
Ayudas para gastos funerarios	1
Subsidios por incapacidad temporal para el trabajo	3,154
Indemnizaciones globales y laudos RT 97	584
Pensiones provisionales	549
Sumas aseguradas por rentas vitalicias (Ley 97)	2,477
Con cargo al Gobierno Federal	6,576
Pensiones definitivas (Ley 73, con cargo al Gobierno Federal)	6,576
Prestaciones en especie (servicio médico con cargo al SRT)	3,195
Prestaciones totales del Seguro de Riesgos de Trabajo	16,537

Fuente: Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales con información de la Dirección de Finanzas, IMSS.

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, así como mejorar el registro institucional de estos eventos, esta Administración continuó durante 2016 con una estrategia agresiva en materia de Seguridad e Higiene en el Trabajo, que incluyó:

- El desarrollo de 5,877 estudios y programas preventivos de seguridad e higiene en empresas afiliadas con alta siniestralidad y centros laborales del IMSS.
- La implementación del proyecto de “Estandarización en la prescripción de los dictámenes de incapacidad permanente”, con la finalidad de mejorar y fortalecer la calidad de la dictaminación por secuelas derivadas de accidentes y enfermedades de trabajo.
- La realización de 393 investigaciones de accidentes de trabajo que generaron defunción

o incapacidad permanente igual o mayor a 50%, para emitir recomendaciones a las empresas afiliadas, y evitar en lo posible la generación de casos similares, así como 8,716 investigaciones de probables accidentes y enfermedades de trabajo.

- La impartición de 1,545 cursos en materia de seguridad e higiene en el trabajo, capacitando a un total de 38,657 trabajadores, entre integrantes de comisiones de seguridad e higiene, servicios preventivos de seguridad y salud en el trabajo, mandos medios y directivos de empresas afiliadas.
- La realización de cursos dirigidos a médicos familiares y no familiares con el propósito de mejorar la detección de los accidentes y enfermedades de trabajo, disminuir su subregistro y otorgar las prestaciones a quien le corresponde, logrando una disminución de 20% del subregistro institucional de los accidentes de trabajo respecto a 2015. Otro resultado favorable fue la mejora en la medición de la tasa de enfermedades de trabajo, que pasó de 6.85 a 7.19 por cada 10,000 trabajadores, con lo cual se contribuyó a un incremento en la recaudación.
- La emisión de 1,199 Dictámenes Periciales Técnicos, así como la evaluación de 9,296 de factores de riesgos físicos, químicos y ergonómicos a los que están expuestos los trabajadores en las empresas intervenidas, cuyos resultados sirvieron para precisar las recomendaciones y las medidas que deben implementar los patrones para evitar la generación de enfermedades de trabajo.

En el IMSS existe un esfuerzo continuo para que cada vez más prestaciones se puedan tramitar vía Internet y con el apoyo de mecanismos automáticos entre las empresas y el Instituto: ello redundará en beneficio de los trabajadores que sufran un riesgo de trabajo, así como de las propias empresas, que contarán con información correcta y oportuna sobre los accidentes o enfermedades de trabajo de sus trabajadores.

En 2016 se dio continuidad a las medidas para asegurar la correcta prescripción de la incapacidad temporal para el trabajo de acuerdo con el tipo de enfermedad o accidente de trabajo y se promovió el uso de la incapacidad electrónica como un mecanismo de control sobre el origen, el detalle de la incapacidad y su respectivo subsidio. También se revisaron y actualizaron los criterios médicos para el otorgamiento de los certificados de incapacidad temporal para el trabajo y de las pensiones de incapacidad permanente. Asimismo, en 2016, se implementó un nuevo flujo entre los servicios de prestaciones económicas, de salud en el trabajo y de afiliación-vigencia para mejorar el control del formato de Aviso de Atención Médica Inicial y Calificación de Probable Accidente de Trabajo, en aquellos casos en que el trabajador refirió que el accidente le ocurrió en su trabajo o al trasladarse de su domicilio particular al domicilio de la empresa.

Para las acciones realizadas durante 2016 se tomaron en cuenta los objetivos trazados por esta Administración respecto al otorgamiento de las prestaciones en dinero: otorgar la incapacidad y el pago del subsidio o la pensión de manera transparente y ágil cuando así proceda, y prevenir los abusos que afectan a los trabajadores, a las empresas y a las finanzas institucionales.

III.1.1. Subsidio por incapacidad temporal para el trabajo

Ante la contingencia de un accidente o enfermedad de trabajo, o una recaída del asegurado que lo incapacite parcial o totalmente para desempeñar sus labores, el IMSS le otorga 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 la misma⁴⁹. En este seguro, el plazo máximo de subsidio de una incapacidad temporal para el trabajo es de 52 semanas.

En esta Administración se han tomado medidas para que los subsidios por incapacidad temporal para el trabajo se otorguen de manera ágil y transparente a quienes tienen derecho a recibirlos. Durante 2016 se continuó con el impulso, ante el sector patronal, para la suscripción de convenios con empresas con el objeto de que éstas realicen directamente el pago de los subsidios a sus trabajadores una vez que sean procesados por el IMSS. De manera quincenal, el IMSS reembolsa a la empresa el monto total de los subsidios generados a los trabajadores de dicha institución en ese periodo. Asimismo, las empresas reciben una factura que muestra un detalle pormenorizado de los periodos de incapacidad de sus trabajadores, el monto de subsidio que le corresponde a cada uno y el ramo de aseguramiento que lo generó. Esta información es de utilidad a las empresas afiliadas para llevar un mejor control del ausentismo de sus trabajadores, de la deducción de cuotas obrero-patronales y del cálculo de la prima de riesgo del año siguiente.

De esta forma, 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; se generan ahorros para el Instituto en costos transaccionales; 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 accidente o enfermedad calificados como de trabajo, el número de días de incapacidad que se otorgan por dicho riesgo y el importe pagado. Al 31 de diciembre de 2016 se tenían 3,858 registros patronales suscritos a esta modalidad. De estos, 3,629 recibían el reembolso de subsidios mediante el esquema de acreditamiento en cuenta, lo que hace aún más eficiente el proceso, disminuye riesgos y minimiza los costos bancarios.

⁴⁹ Ley del Seguro Social, Artículo 58.

Además del esfuerzo del Instituto para que las prestaciones de este seguro sean otorgadas oportunamente, se ha puesto especial énfasis en que el goce de estas prestaciones guarde congruencia con la severidad del padecimiento de acuerdo con las mejores prácticas internacionales, siempre con estricto respeto y apego a la prevalencia del criterio del médico tratante.

En 2016, se consolidaron las medidas de coordinación entre las áreas involucradas en el proceso de las prestaciones económicas, a través de un equipo multidisciplinario que 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.

Adicionalmente, se han realizado acciones en todo el país para promover el uso de la expedición electrónica de incapacidades sobre la incapacidad manual, 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.

Durante 2016, el uso de expedición electrónica de incapacidades en el primer nivel de atención se mantuvo en un porcentaje favorable (86.6%), superior a lo observado durante el ejercicio previo (86.1%). En 2017 continúa el reto de incrementar el porcentaje de expedición electrónica hasta eliminar el registro de incapacidades manuales, con lo que se pretende lograr mayores eficiencias para el Instituto en lo referente al abasto de *blocks*. Asimismo, la captura electrónica provee de más elementos de control para el adecuado ejercicio del gasto en las prestaciones económicas amparadas por el Instituto.

En 2016, el número de días subsidiados y el número de certificados expedidos presentaron una disminución respecto al año anterior (gráfica III.2).

Hay 3 componentes que impulsan el gasto en subsidios: el crecimiento de la población asegurada, el aumento en los salarios y el incremento en los días promedio expedidos por asegurado. Durante 2016, la reducción en días por asegurado contrarrestó el efecto conjunto del crecimiento en los salarios y en la población asegurada, lo que redujo 3% (en términos reales) el gasto en subsidios por incapacidad temporal para el trabajo.

Como se puede observar en la gráfica III.3, con esta reducción el gasto se ubicó cerca del nivel más bajo observado en los últimos 6 años.

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 según se determine a través de la valoración médica que realiza el Instituto, a la conclusión del periodo de incapacidad temporal para el trabajo, el trabajador asegurado podrá acceder a una pensión por incapacidad permanente parcial o total. Ésta a su vez se podrá otorgar con carácter de provisional o definitiva.

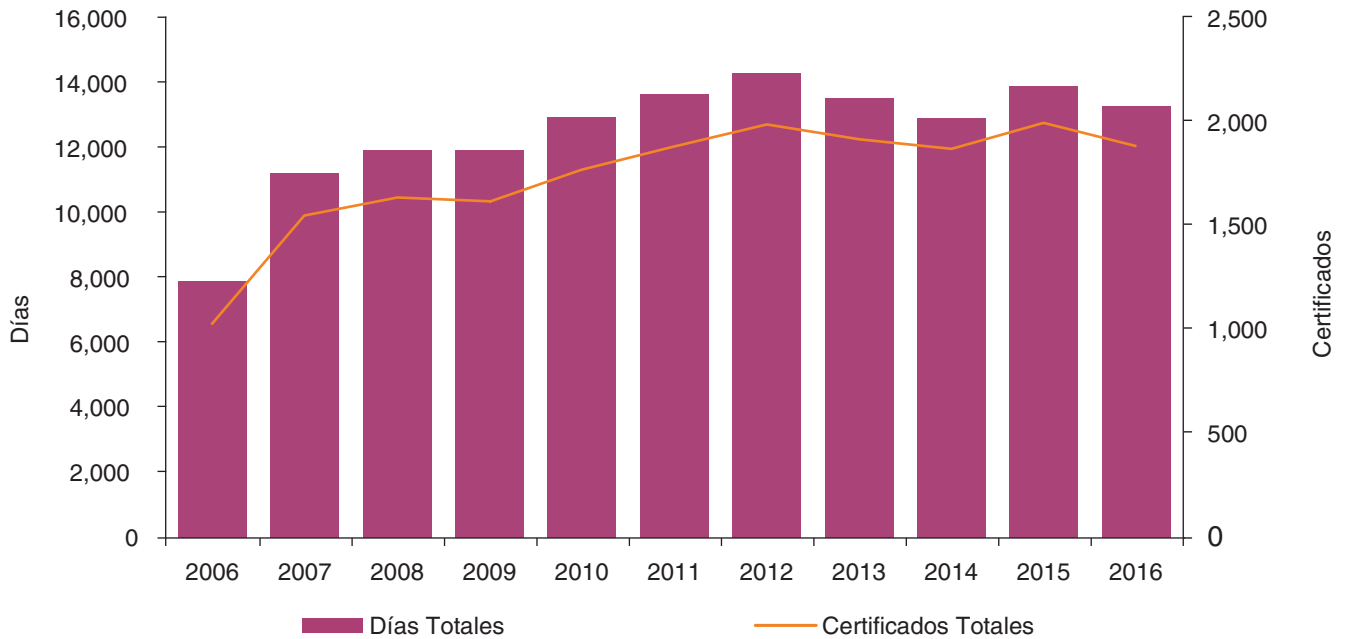
Pensiones provisionales

Los asegurados que como resultado de la valoración médica obtienen un dictamen por incapacidad permanente de carácter provisional tendrán derecho a una pensión por un periodo de adaptación máximo de 2 años⁵⁰. Durante este periodo de prueba, en cualquier momento, tanto el Instituto como el trabajador asegurado podrán solicitar la revisión de la incapacidad, con el fin de modificar el monto de la pensión.

Como se puede ver en la gráfica III.4, al cierre de 2016 el número de pensiones provisionales del Seguro de Riesgos de Trabajo era de 18,605, con una nómina anual de 549 millones de pesos, lo que llevó a un aumento con respecto a las que había en 2015 de 3,691 pensiones y 94 millones de pesos.

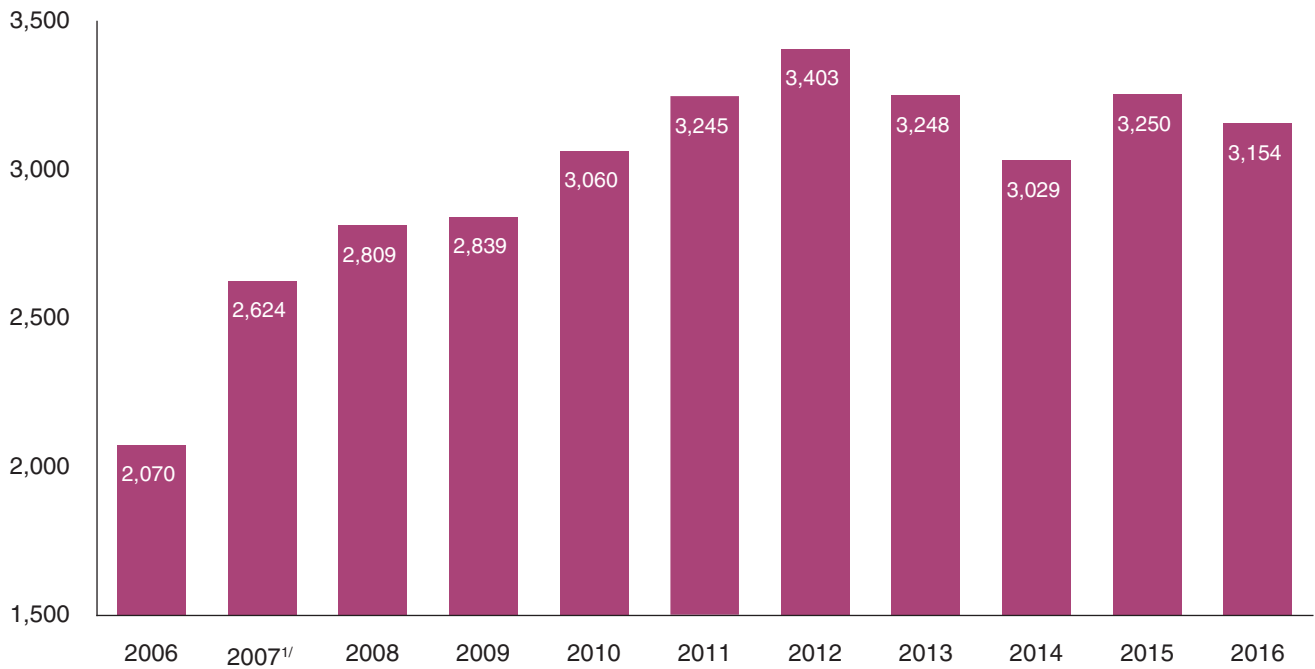
⁵⁰ Ley del Seguro Social, Artículo 61.

Gráfica III.2.
Certificados y días de incapacidad del Seguro de Riesgos de Trabajo, 2006-2016
(miles de casos)



Fuente: Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales, IMSS.

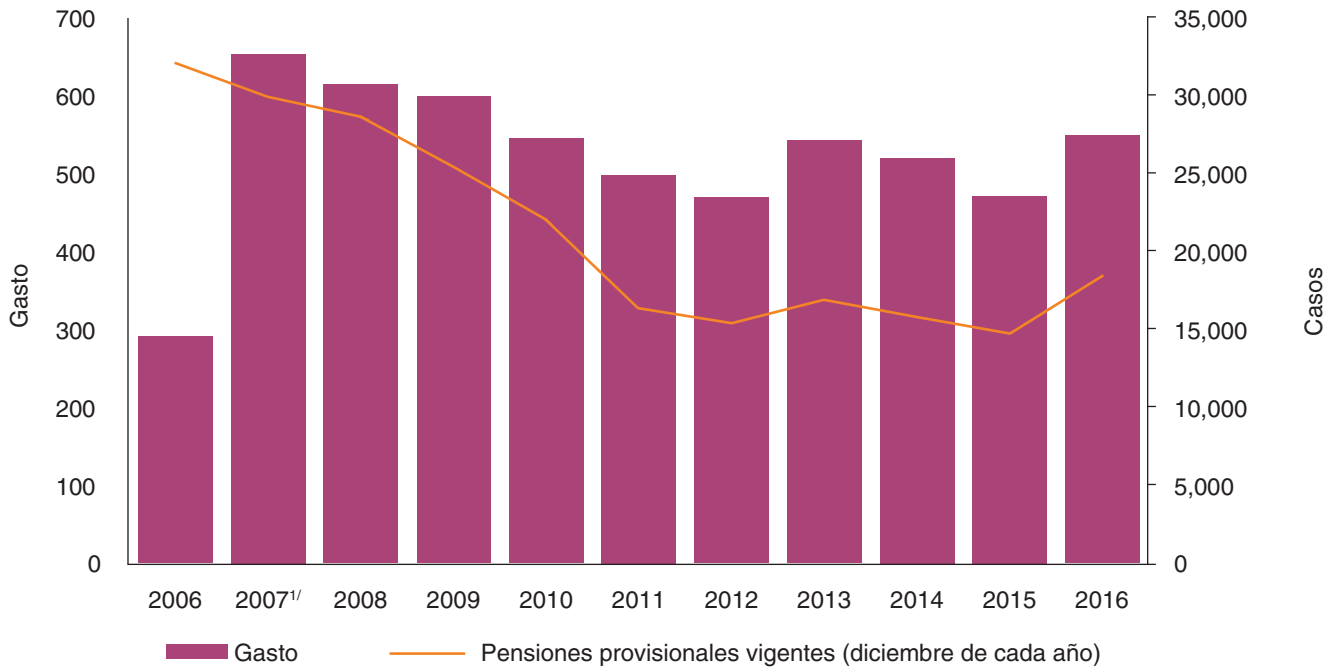
Gráfica III.3.
Gasto en subsidios por riesgos de trabajo, 2006-2016
(millones de pesos de 2016)



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

Fuente: Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales, IMSS.

Gráfica III.4.
Pensiones provisionales vigentes y gasto, 2006-2016
(casos y millones de pesos de 2016)



^{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.

Pensiones definitivas

Si transcurrido el periodo de adaptación del trabajador que recibe una pensión provisional o si derivado de la valoración médica inicial se establece que el riesgo de trabajo dejará secuelas permanentes e irreversibles, se otorga una pensión definitiva.

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 de 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

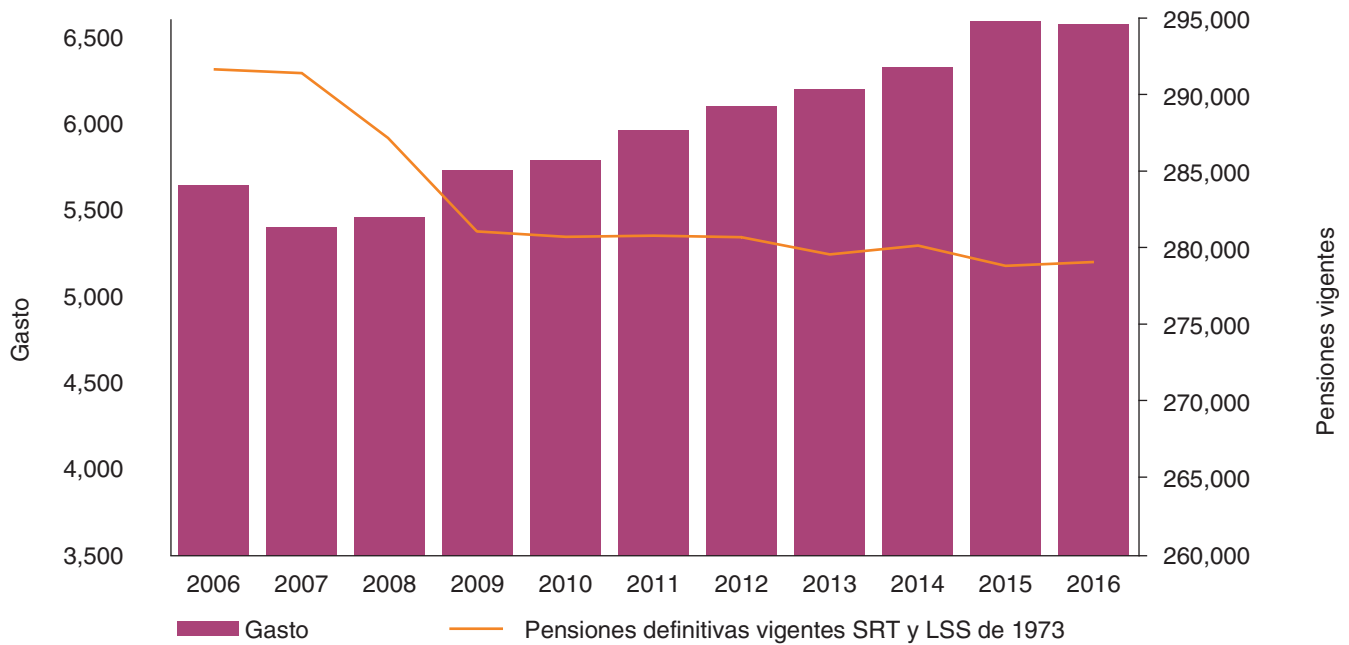
de la valuación actuarial del Seguro de Riesgos de Trabajo⁵¹. La gráfica III.5 muestra el número de pensiones definitivas (Ley 1973) y el gasto anual de esta nómina de pensiones al cierre de cada ejercicio.

Como se detalla en la gráfica III.5, el número de pensiones definitivas al amparo de la Ley de 1973 ha disminuido consistentemente en los últimos 8 años, con lo que al cierre del año la nómina de pensiones por incapacidad permanente del Instituto fue de 277,960 pensiones, con una nómina asociada de 6,576 millones de pesos.

Las pensiones con un dictamen con carácter definitivo derivado de un riesgo de trabajo, otorgadas a los trabajadores que se encuentran bajo el régimen de la Ley de 1997, son financiadas por las

⁵¹ De acuerdo con lo establecido en los Artículos Tercero, Undécimo y Duodécimo Transitorios de la reforma a la Ley del Seguro Social, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 21 de diciembre de 1995 y vigente a partir del 1° de julio de 1997.

Gráfica III.5.
Pensiones definitivas vigentes y gasto en el Seguro de Riesgos de Trabajo por la Ley de 1973, 2006-2016
 (pensiones y millones de pesos de 2016)



SRT: Seguro de Riesgos de Trabajo; LSS: Ley del Seguro Social.
 Fuente: Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales, IMSS.

cuentas individuales de los trabajadores mediante la contratación de una renta vitalicia en el sector asegurador. El precio⁵² que cobra la aseguradora por asumir la obligación de pago se le denomina monto constitutivo. La gráfica III.6 muestra el número de rentas vitalicias y el gasto en sumas aseguradas⁵³.

Se observa que en 2016 el número de rentas vitalicias del Seguro de Riesgos de Trabajo aumentó 4.8%, mientras que el gasto en sumas aseguradas disminuyó 12% en términos reales.

Como consecuencia de la implementación del nuevo esquema de subastas de la tasa de interés técnico, efectuada a partir del 24 de enero de 2014,

se siguen generando ahorros significativos que hacen más eficiente el mercado de rentas vitalicias⁵⁴.

III.1.3. Indemnizaciones globales

Cuando en una valoración médica realizada durante o después del periodo de adaptación de 2 años de pensión provisional se determina que la valuación definitiva es hasta de 25%, se pagará al asegurado una indemnización global equivalente a 5 años de la pensión a que hubiera tenido derecho⁵⁵.

En la gráfica III.7 se muestra el número de indemnizaciones globales otorgadas anualmente desde 2006. En ella se puede ver que en 2016 el

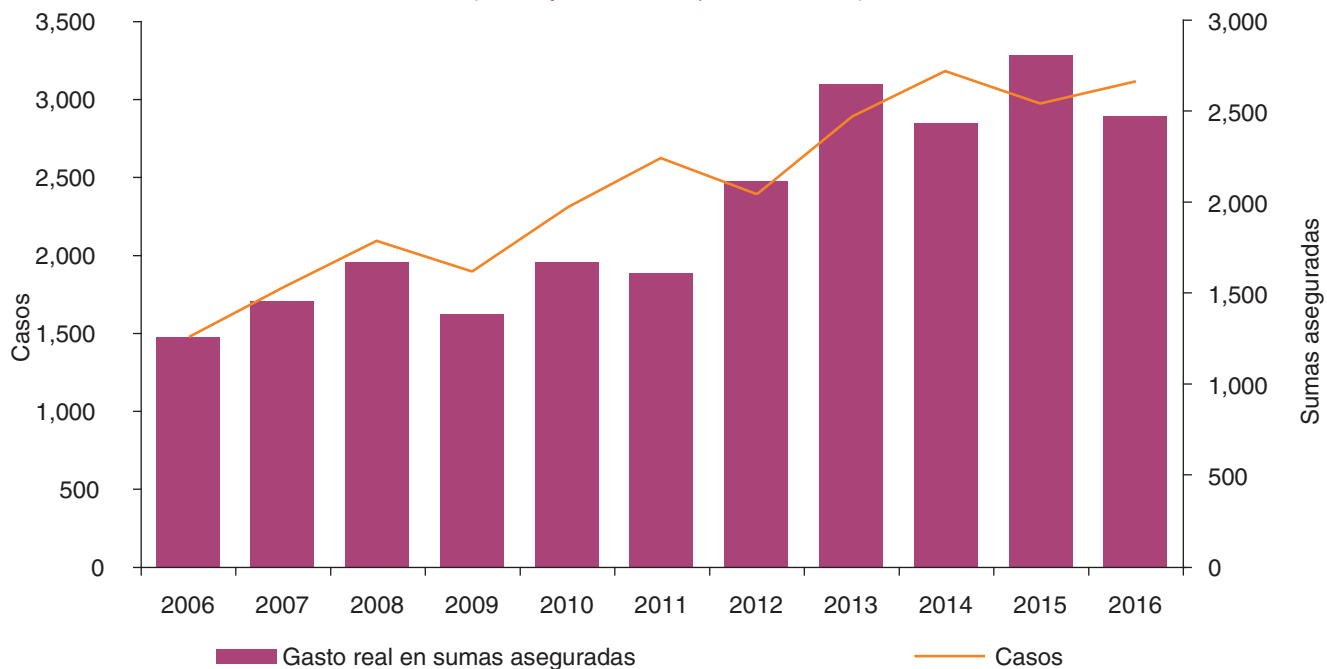
⁵² El precio de la renta vitalicia (monto constitutivo) se calcula con base en las notas técnicas aprobadas por el Comité del Artículo 81 de la Ley del Sistema de Ahorro para el Retiro (SAR).

⁵³ 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 los recursos que cada trabajador tiene en su cuenta individual, la cual es manejada por una Administradora de Fondos para el Retiro (AFORE).

⁵⁴ Las modificaciones al esquema de subastas de la tasa de interés técnico consistieron en: i) eliminación de la tasa de referencia representativa de los portafolios de inversión de las aseguradoras que dominaban el mercado; ii) la introducción de nuevas reglas para evitar la colusión, 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).

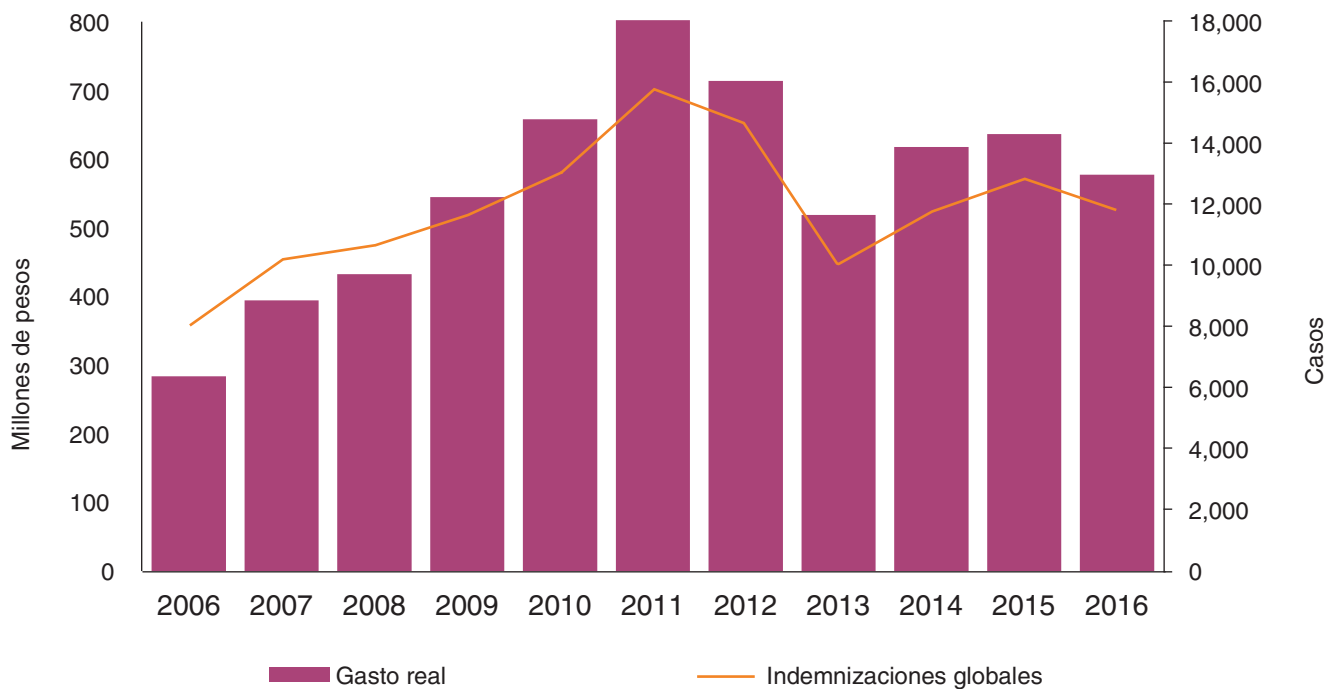
⁵⁵ Si la valuación de incapacidad definitiva es mayor a 25% y hasta 50%, es optativo para el trabajador solicitar una indemnización global o una pensión definitiva de incapacidad permanente parcial.

Gráfica III.6.
Rentas vitalicias y sumas aseguradas del Seguro
de Riesgos de Trabajo, 2006-2016
(casos y millones de pesos de 2016)



Fuente: Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales, IMSS.

Gráfica III.7.
Indemnizaciones globales y gasto erogado, 2006-2016
(casos y millones de pesos de 2016)



Fuente: Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales, IMSS.

número de indemnizaciones globales disminuyó 7.9% y el gasto presentó una disminución de 9.3% real.

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 2016, considerando 2 escenarios para el reconocimiento del costo neto del periodo del Régimen de Jubilaciones y Pensiones: i) con registro parcial mismo que se refiere a los pagos realizados por concepto del Régimen de Jubilaciones y Pensiones, y de la Prima de Antigüedad e Indemnizaciones, y ii) con registro total⁵⁶. El resultado del ejercicio de este seguro fue un superávit de 9,207 millones de pesos con el registro parcial del costo neto del periodo de las obligaciones laborales del Instituto y un déficit de 69,959 millones de pesos con el efecto del reconocimiento total de estas obligaciones.

III.3. Resultados de la valuación actuarial

La situación financiera del Seguro de Riesgos de Trabajo para el largo plazo se mide a través de la valuación actuarial, para lo cual se generan proyecciones demográficas y financieras.

A partir de las proyecciones financieras es posible verificar si las aportaciones futuras que pagan las empresas⁵⁷ son suficientes para cubrir el gasto de este seguro. Para ello se compara la prima de ingreso con la prima media nivelada obtenida para el periodo de valuación.

La prima media nivelada se determina como el cociente del valor presente del gasto entre el valor presente de los salarios de cotización. Para el cálculo del gasto se evalúan las prestaciones en dinero y en especie que se otorgan a la población derechohabiente de este seguro, así como los costos de administración.

La valuación actuarial se elabora bajo un escenario base de supuestos demográficos y financieros, a partir de los cuales se elaboran 2 escenarios de sensibilidad denominados escenario de riesgo 1 (moderado) y escenario de riesgo 2 (catastrófico), con el propósito de medir el efecto que podría registrar la estimación del gasto frente a cambios en alguno o varios de los supuestos adoptados para el escenario base. En el cuadro III.4 se muestran los supuestos más relevantes para los escenarios valuados y en el Anexo C del presente Informe se hace una presentación más detallada de los mismos.

III.3.1. Proyecciones demográficas y financieras

Los elementos que se consideran para llevar a cabo las proyecciones demográficas y financieras son:

- Los beneficios valuados y que corresponden a los que se establecen en la Ley del Seguro Social relativos a las prestaciones en especie⁵⁸ y en dinero⁵⁹.
- El número de asegurados que estará expuesto en el tiempo a una contingencia por incapacidad permanente o fallecimiento.
- El salario promedio de cotización.
- Los saldos acumulados en las cuentas individuales de los asegurados⁶⁰.

⁵⁶ Para más detalles sobre el costo neto del periodo ver el Capítulo X, sección X.1.1.

⁵⁷ Las aportaciones que pagan las empresas al IMSS para el Seguro de Riesgos de Trabajo se calculan de acuerdo con la siniestralidad que reportan.

⁵⁸ Se refiere a la estimación del gasto derivado del otorgamiento de asistencia médica, quirúrgica y farmacéutica, servicios de hospitalización, aparatos de prótesis y ortopedia, rehabilitación y servicios de carácter preventivo.

⁵⁹ Las prestaciones en dinero que se valúan son las pensiones por incapacidad permanente parcial y total, pensiones derivadas del fallecimiento de un asegurado o pensionado, subsidios por incapacidad temporal para el trabajo y la indemnización global.

⁶⁰ Para efectos de la valuación actuarial, los saldos acumulados en la cuenta individual fueron proporcionados por la Comisión Nacional del Sistema de Ahorro para el Retiro.

Cuadro III.3.
Estado de actividades del Seguro de Riesgos de Trabajo, al 31 de diciembre de 2016
(millones de pesos corrientes^{1/})

Concepto	Con registro parcial	Con registro total
	Costo neto del periodo	Costo neto del periodo
Ingresos y otros beneficios		
Ingresos de la gestión		
Cuotas y aportaciones de seguridad social	37,754	37,754
Ingresos por venta de bienes y servicios		
Ingresos por venta de bienes y servicios de organismos descentralizados	46	46
Otros ingresos y beneficios		
Ingresos financieros		
Intereses ganados de valores, créditos, bonos	1,245	1,245
Otros ingresos y beneficios varios ^{2/}	1,000	944
Total de ingresos	40,045	39,989
Gastos y otras pérdidas		
Gastos de funcionamiento		
Servicios de personal ^{2/}	8,135	7,886
Materiales y suministros	2,270	2,270
Servicios generales y subrogación de servicios	911	911
Otros gastos y pérdidas		
Subsidios	6,762	6,762
Estimaciones, depreciaciones y deterioro	398	398
Otros gastos	8,969	8,969
Pagos a pensionados y jubilados IMSS ^{2/}	3,394	3,587
Costo por beneficios a empleados (RJP) ^{3/}	0	79,165
Total de gastos	30,838	109,948
Resultado del ejercicio	9,207	-69,959

^{1/} Los totales pueden no coincidir debido al redondeo de cifras.

^{2/} En el rubro de Otros ingresos y beneficios varios con registro total no se consideran 56 millones de pesos, por la recuperación de la nómina de jubilados del Programa IMSS-PROSPERA, ya que se incluye en el rubro de Pagos a pensionados y jubilados IMSS; asimismo, en el rubro de Servicios de personal con registro total no se consideran 249 millones de pesos en 2016, 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. se integra por los rubros de Pagos a pensionados y jubilados IMSS y Costo por beneficios a empleados del Régimen de Jubilaciones y Pensiones; la determinación del costo neto de 2016 para Régimen de Jubilaciones y Pensiones y Prima de Antigüedad e Indemnizaciones en favor de los Trabajadores del Instituto Mexicano del Seguro Social se realizó considerando la transición a la nueva NIF D-3 "Beneficios a los Empleados" y las Mejoras 2017, con lo que se elimina el factor de reconocimiento gradual de las partidas pendientes de amortizar en el cargo a resultados y se incorpora el reconocimiento inmediato del saldo pendiente de amortizar, por lo que para este seguro se realizó una asignación de 82,752 millones de pesos.

Fuente: Dirección de Finanzas, IMSS, a partir de los Estados Financieros dictaminados al 31 de diciembre de 2016 y 2015, 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 2016 y Proyecciones para 2017.

Cuadro III.4.
Supuestos del escenario base y de los escenarios de riesgo 1 y de riesgo 2
para el periodo de 100 años

Supuestos	Base (%)	Riesgo 1 (%)	Riesgo 2 (%)
Financieros			
Tasa de incremento real anual de los salarios	0.34	0.34	0.34
Tasa de incremento real anual de los salarios mínimos	0.37	0.37	0.37
Tasa de incremento real anual de la Unidad de Medida y Actualización	0.00	0.00	0.00
Tasa de descuento	3.00	3.00	3.00
Tasa de rendimiento real anual de la Subcuenta de Retiro, Cesantía en Edad Avanzada y Vejez	3.50	3.50	3.50
Tasa de rendimiento real anual de la Subcuenta de Vivienda	2.50	2.50	--
Tasa de interés real anual para el cálculo de las anualidades (largo plazo)	3.00	2.50	2.50
Porcentaje promedio de asegurados que aportan a la Subcuenta de Vivienda, es decir, que no cuentan con un crédito hipotecario	50.00	50.00	--
Demográficos			
Incremento promedio anual de asegurados	1.28	1.28	1.28

Fuente: Dirección de Finanzas, IMSS.

- Los gastos de administración, los cuales tienen incorporado el gasto del Régimen de Jubilaciones y Pensiones a cargo del IMSS en su carácter de patrón que se asigna a dicho seguro⁶¹
- Bajas de los asegurados por el otorgamiento de una pensión⁶³, por fallecimiento o por baja del sistema⁶⁴.
- Incorporación de nuevos asegurados en cada año de proyección.

Proyecciones demográficas

Para estimar el número de nuevas pensiones que se otorgarán bajo los beneficios que establece la Ley del Seguro Social vigente, se consideró al 31 de diciembre de 2016 a 18'411,949⁶² asegurados. Esta población tendrá movimientos durante el periodo de proyección por las siguientes causas:

Para obtener las nuevas pensiones bajo el Seguro de Riesgos de Trabajo, se aplicarán a la población de asegurados que estará expuesta a las contingencias cubiertas por este seguro las probabilidades de incapacitarse o fallecer a causa de un riesgo o enfermedad de trabajo⁶⁵. Además de los trabajadores que laboran en las empresas afiliadas al IMSS, la

⁶¹ Para efectos de la valuación actuarial, se considera que la proporción del gasto del Régimen de Jubilaciones y Pensiones que se asigna al Seguro de Riesgos de Trabajo es de 4.8%.

⁶² El número de asegurados está conformado por los afiliados en las siguientes modalidades de aseguramiento según el régimen: Régimen Obligatorio: Modalidad 10: Trabajadores permanentes y eventuales de la ciudad; Modalidad 13: Trabajadores permanentes y eventuales del campo; Modalidad 14: Trabajadores eventuales del campo cañero; Modalidad 17: Reversión de cuotas por subrogación de servicios, y Modalidad 30: Productores de caña de azúcar. Régimen Voluntario: Modalidad 35: Patrones personas físicas con trabajadores a su servicio y Modalidad 42: Trabajadores al servicio de los gobiernos de los estados.

⁶³ El otorgamiento de una pensión puede ser por incapacidad permanente total o parcial, invalidez, cesantía en edad avanzada o vejez. A pesar de que se consideran todas las posibles bajas de la actividad laboral, para efectos de la estimación del gasto del Seguro de Riesgos de Trabajo solo se consideran los beneficios que generan un gasto a este seguro.

⁶⁴ Se considera como baja del sistema a los asegurados que dejan de cotizar al IMSS.

⁶⁵ Las probabilidades que se emplean en la valuación actuarial se describen en la sección de Bases biométricas del Anexo C del presente Informe.

población expuesta incluye a los trabajadores propios del Instituto.

En la gráfica III.8 se muestra la estimación de la población que causará baja por una incapacidad permanente parcial y total o por fallecimiento, misma que generará un pago por pensiones con cargo a los ingresos por cuotas del Seguro de Riesgos de Trabajo.

La estimación de las nuevas pensiones y del número de fallecidos depende en el tiempo del número de asegurados que se estima estarán expuestos a una de las contingencias. La tasa promedio de incapacidad es de 0.75 por cada mil asegurados y para fallecimiento es de 0.07 por cada mil asegurados.

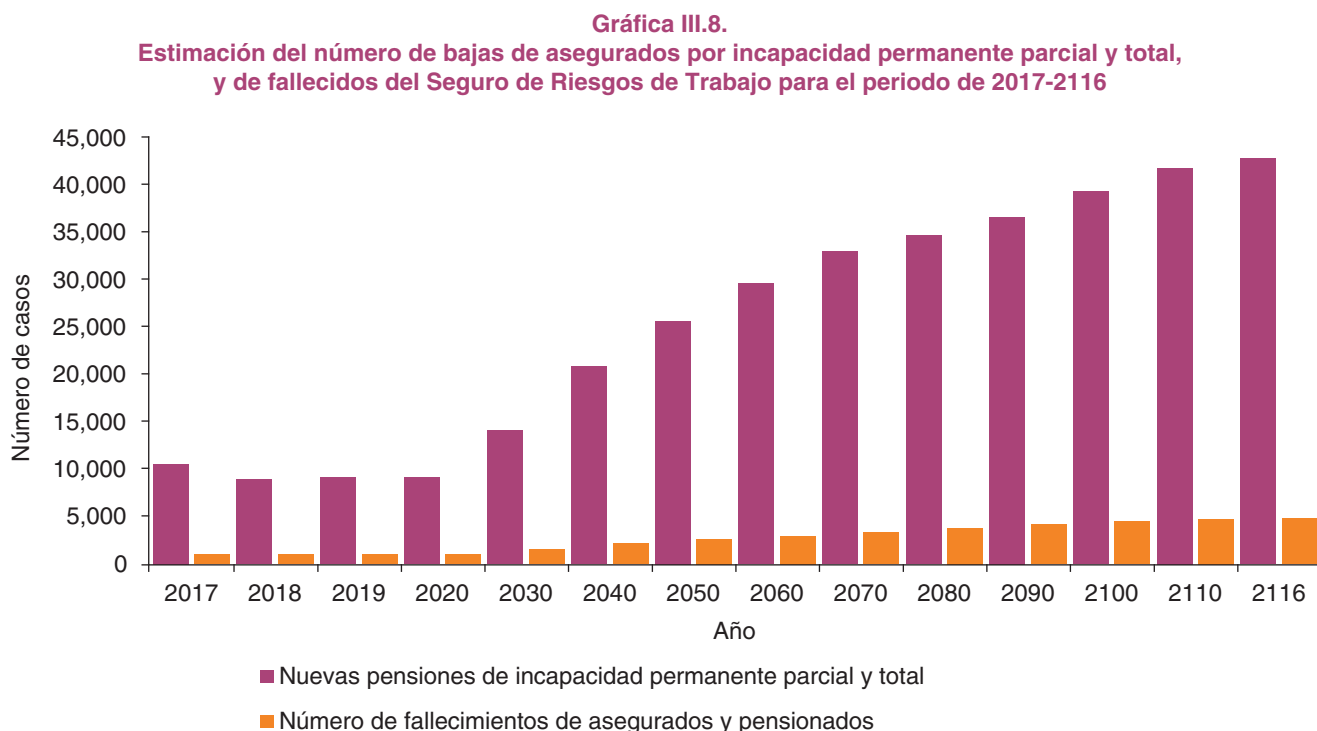
Proyecciones financieras

Para evaluar la situación financiera para el Seguro de Riesgos de Trabajo, se calcula la prima nivelada

que permite garantizar un equilibrio financiero entre los ingresos y gastos. Dicha prima se calcula como la relación del valor presente del gasto entre el valor presente de los salarios de cotización.

La estimación del gasto considera las prestaciones en especie, pensiones, subsidios por incapacidad temporal para el trabajo y la indemnización global. Respecto a la estimación del gasto por pensiones con cargo a los ingresos por cuotas del Seguro de Riesgos de Trabajo, para los asegurados con afiliación hasta el 30 de junio de 1997, se simula la opción de elegir entre los beneficios de la Ley del Seguro Social de 1973 y la Ley del Seguro Social de 1997, reportándose para efectos de la evaluación financiera sólo las que se otorgan bajo la Ley de 1997. El costo de las pensiones se divide en 2:

- El gasto que se deriva del otorgamiento de pensiones por incapacidad permanente parcial y total con carácter provisional.



Fuente: Dirección de Finanzas, IMSS.

- El gasto por las pensiones por incapacidad permanente parcial y total con carácter definitivo, a las cuales se les otorga una renta vitalicia y generan el pago de sumas aseguradas⁶⁶.

En el cuadro III.5 se muestra la estimación del gasto para los beneficios valuados.

La evaluación de la situación financiera del Seguro de Riesgos de Trabajo se realiza al analizar de manera conjunta los activos y pasivos. El activo se conforma por las reservas financieras y actuariales al 31 de diciembre de 2016 más el valor presente de los ingresos por cuotas, mismo que se determina al aplicar al valor presente de los salarios la prima promedio de ingreso de los últimos 3 años de este seguro, que es de 1.84% de los salarios⁶⁷. El pasivo se calcula a partir del valor presente de los gastos de las prestaciones valuadas y de los costos de administración. Una vez que se determina el valor presente del pasivo, se estima la prima media nivelada necesaria para garantizar el equilibrio financiero del Seguro de Riesgos de Trabajo. Estos resultados se resumen en el balance actuarial que se muestra en el cuadro III.6.

De acuerdo con los resultados que se muestran en el balance actuarial, la prima media nivelada que se obtiene con los resultados para el periodo de 100 años es de 1.68% de los salarios, la cual es superior en 0.03 puntos porcentuales a la obtenida en la valuación actuarial al 31 de diciembre de 2015 (1.65% de los salarios). Los principales motivos por los cuales se tiene un aumento en la prima media nivelada son:

- La estimación del número de asegurados durante el periodo de proyección es superior a la estimada en la valuación actuarial con corte a diciembre de 2015; esto se debe a que el

supuesto de incremento de asegurados pasó de 0.90% en la valuación actuarial de diciembre de 2015 a 1.28% para la que corresponde a 2016; este cambio representa un aumento de 42%. A pesar de que el aumento en el número de asegurados es significativo, éste no se da de la misma forma para todo el periodo de proyección: para los primeros 25 años de proyección se tienen incrementos de alrededor de 2.6%, que son conservadores de acuerdo con los incrementos observados en los últimos 5 años (3.9%) y para el largo plazo se tienen incrementos que llegan a 0.6%.

- El aumento de la población expuesta generó también un incremento en el gasto por pensiones. La diferencia entre el incremento de los asegurados y el gasto se explica porque en la presente valuación se está incorporando el supuesto de que al momento que las pensiones provisionales con porcentaje de valoración menor a 50% que van a pasar a definitivas, a 20% de éstas se otorgará una indemnización global, con lo cual el gasto por sumas aseguradas se ve disminuido.

Tomando en cuenta que para la estimación del gasto del Seguro de Riesgos de Trabajo se parte de supuestos demográficos y financieros, se evaluaron 2 escenarios de sensibilidad denominados escenario de riesgo 1 (moderado) y escenario de riesgo 2 (catastrófico) en los que se modificaron algunos supuestos financieros.

Para el escenario de riesgo 1 se realizó el cambio en la tasa de interés de largo plazo del escenario base para calcular los montos constitutivos, la cual

⁶⁶ El gasto de las sumas aseguradas se calcula como la diferencia entre la estimación del monto constitutivo menos el saldo acumulado en la cuenta individual de los asegurados.

⁶⁷ De acuerdo con lo que se establece en el Artículo 72 de la Ley del Seguro Social, el cálculo de las primas para el Seguro de Riesgos de Trabajo se realiza por cada una de las empresas afiliadas al IMSS tomando en cuenta su siniestralidad.

Cuadro III.5.
Resumen de las proyecciones financieras de la valuación actuarial del
Seguro de Riesgos de Trabajo para el periodo de 2017-2016
(millones de pesos de 2016)

Concepto	2017	2018	2019	2020	2030	2040	2050	2060	2070	2080	2090	2100	2110	2116
Prestaciones en especie ^{1/}	3,155	3,260	3,364	3,471	4,711	6,177	7,603	8,840	9,954	11,056	12,313	13,632	14,916	15,709
Pensiones ^{2/}	2,716	2,637	3,174	3,173	6,489	16,468	24,941	29,793	34,145	37,543	41,541	46,520	51,081	53,479
Prestaciones en dinero de corto plazo ^{3/}	4,553	4,792	5,050	5,326	7,339	9,712	12,080	14,092	15,955	17,559	19,345	21,350	23,308	24,433
Costo de administración ^{4/}	13,958	14,706	15,458	16,200	24,456	34,224	44,514	49,404	54,216	59,729	66,467	73,588	80,518	84,803
Total del gasto	24,382	25,395	27,046	28,170	42,996	66,580	89,138	102,129	114,270	125,887	139,666	155,090	169,822	178,425

^{1/} El gasto por prestaciones en especie incluye el que corresponde a la asistencia médica, quirúrgica, farmacéutica, hospitalaria, aparatos de prótesis y ortopedia, y rehabilitación.

^{2/} Incluye el gasto por sumas aseguradas derivado del otorgamiento de pensiones definitivas y el gasto por pensiones de incapacidad permanente parcial y total con carácter provisional.

^{3/} El gasto corresponde al otorgamiento de los subsidios, ayudas de gastos de funeral por riesgos de trabajo y las indemnizaciones globales.

^{4/} Se refiere al gasto que se genera por el otorgamiento de las prestaciones en dinero de largo plazo (pensiones) y de corto plazo, y de las prestaciones en especie; este gasto se integra a partir de los siguientes rubros: servicios de personal, provisiones (éstas consideran: i) provisiones para obligaciones contractuales, y ii) provisiones de reservas para gastos), y otros gastos (estos incluyen los siguientes rubros: i) intereses financieros; ii) ajustes e incobrabilidades; iii) depreciaciones y amortizaciones, y iv) reversión de cuotas).

Fuente: Dirección de Finanzas, IMSS.

Cuadro III.6.
Balance actuarial a 100 años del Seguro de Riesgos de Trabajo al 31 de diciembre de 2016^{1/}
(millones de pesos de 2016)

Activo	Pasivo	
	VPSF ^{2/} (%)	VPSF ^{2/} (%)
Saldo de la reserva al 31 de diciembre de 2016 (1) ^{3/}	12,141	0.01
	Gasto por pensiones (6)=(7)+(8)	617,074
	Sumas Aseguradas ^{5/} (7)	545,150
	Pensiones provisionales ^{6/} (8)	71,924
Aportaciones futuras (2) ^{4/}	2,632,688	1.84
	Indemnizaciones globales y laudos (9)	124,619
Subtotal (3)=(1)+(2)	2,644,830	1.85
	Prestaciones en especie (11)	224,870
(Superávit)/Déficit (4)=(13)-(3)	-239,753	-0.17
Total (5)=(3)+(4)	2,405,077	1.68
	Total (13)=(6)+(9)+(10)+(11)+(12)	2,405,077

^{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 Riesgos de Trabajo al 31 de diciembre de 2016.

^{4/} La prima utilizada para la estimación de los ingresos por cuotas es de 1.84% de los salarios y corresponde a la prima promedio obtenida en los últimos 3 años.

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

^{6/} Se refiere al gasto por pensiones provisionales que se otorgan al trabajador, al declararse la incapacidad permanente, sea parcial o total.

Fuente: Dirección de Finanzas, IMSS.

pasa de 3% a 2.5%⁶⁸. Para el escenario de riesgo 2, además del cambio en la tasa para el cálculo de los montos constitutivos, se eliminaron para el largo plazo los supuestos de rehabilitación y de otorgamiento de indemnizaciones globales⁶⁹, así como el supuesto de aportación a la Subcuenta de Vivienda. La modificación de los supuestos antes señalados tiene un impacto directo en la estimación del gasto por pensiones y de manera específica en las sumas aseguradas.

El resumen del valor presente de los resultados del escenario base y de los escenarios de riesgo para el periodo de 100 años se muestran en el cuadro III.7. Asimismo, en el mismo cuadro se

presentan los resultados para los escenarios valuados para el periodo de 50 años, esto con el propósito de verificar la situación financiera para un periodo menor.

Dado que la modificación de los supuestos tiene un impacto directo en el gasto por sumas aseguradas que se reporta en el rubro de pensiones, para el periodo de proyección de 50 años el gasto por pensiones tiene un incremento de 1.2% para el escenario de riesgo 1 y de 19.8% para el escenario de riesgo 2. El incremento en el gasto por pensiones para el escenario de riesgo 1 no tiene impacto en la prima media nivelada y para el escenario de riesgo 2 la modificación de los supuestos impacta la prima media nivelada en 4.5%.

Cuadro III.7.
Resultados del escenario base y de los escenarios de sensibilidad
de la valuación actuarial del Seguro de Riesgos de Trabajo
(valor presente en millones de pesos de 2016)

Gastos	Escenario 50 años de proyección			Escenario 100 años de proyección ^{5/}		
	Base	Riesgo 1	Riesgo 2	Base	Riesgo 1	Riesgo 2
Prestaciones en especie ^{1/}	142,779	142,779	142,779	224,870	224,870	224,870
Pensiones ^{2/}	328,451	332,324	393,456	617,074	624,310	702,526
Prestaciones en dinero de corto plazo ^{3/}	223,563	223,563	223,563	353,549	353,549	353,549
Costo de administración	765,553	765,553	765,553	1,209,584	1,209,584	1,209,584
Total del gasto (a)	1,460,346	1,464,219	1,525,350	2,405,077	2,412,313	2,490,529
Volumen de salarios (b)	90,720,977	90,720,977	90,720,977	143,080,892	143,080,892	143,080,892
Prima media nivelada^{4/} (a/b) X100	1.61	1.61	1.68	1.68	1.69	1.74

^{1/} El gasto por prestaciones en especie incluye la asistencia médica, quirúrgica, farmacéutica, hospitalaria, aparatos de prótesis y ortopedia, y rehabilitación.

^{2/} El gasto por pensiones incluye el gasto por sumas aseguradas por el otorgamiento de pensiones definitivas, así como el gasto por pensiones de incapacidad permanente parcial y total con carácter provisional.

^{3/} El gasto corresponde al otorgamiento de los subsidios, ayudas de gastos de funeral por riesgos de trabajo y las indemnizaciones globales.

^{4/} Es la prima constante en el periodo de proyección que permite captar los recursos suficientes para hacer frente a los gastos del Seguro de Riesgos de Trabajo.

^{5/} Estos resultados contemplan la proyección hasta la extinción de las obligaciones por pensiones de los asegurados que se encuentran vigentes en el año 100 de proyección.

Fuente: Dirección de Finanzas, IMSS.

⁶⁸ Para el periodo de 2017-2030 se utiliza una tasa para el cálculo de los montos constitutivos que va disminuyendo de forma gradual de 3.7% a 3% y para el periodo de 2031 en adelante se utiliza la tasa de 3%. Para el escenario de riesgo 1 y de riesgo 2 se supone que la tasa de 3% disminuye de forma gradual hasta el año 2036 a 2.5% y se mantiene hasta el año 100 de proyección.

⁶⁹ Para este supuesto se considera que a partir del año 2025 disminuye la tasa de rehabilitación (37% del total de pensiones provisionales que van a pasar a definitivas) y la tasa de que una proporción de pensiones provisionales se le otorgue una indemnización global (20%) de forma gradual hasta llegar a cero en el año 2035.

Para el periodo de proyección de 100 años el gasto por pensiones tiene un incremento de 1.2% para el escenario de riesgo 1 y de 13.8% para el escenario de riesgo 2. El incremento en el gasto por pensiones para el escenario de riesgo 1 tiene un impacto mínimo en la prima media nivelada y para el escenario de riesgo 2 la modificación de los supuestos impacta la prima media nivelada en 3.6%.

De acuerdo con los resultados de los escenarios de sensibilidad, se observa que la prima de ingreso promedio de 1.84% sigue siendo suficiente para hacer frente a los gastos del Seguro de Riesgos de Trabajo por prestaciones en dinero, prestaciones en especie y gastos administrativos, aun bajo los supuestos de mayor gasto analizados. No obstante, bajo el escenario de riesgo 2 el superávit que se observa en el balance actuarial se reduciría en 55%; por tal motivo, es necesario dar seguimiento a la evolución del gasto, así como a las variaciones que se puedan ir dando en los supuestos.

III.4. Opciones de política

Una de las cuestiones que impactó al Seguro de Riesgos de Trabajo, en conjunto con los demás seguros, a través de los cuales se pagan las prestaciones económicas, fue la integración del área de Salud en el Trabajo a la Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales.

III.4.1. Integración de Prestaciones Económicas y Salud en el Trabajo

Los trabajadores asegurados son la razón de ser del Instituto, el ancla del sector productivo y, en muchas ocasiones, el único sustento de sus familias. Históricamente, el propósito del Instituto ha sido garantizar su salud y medios de subsistencia en caso de enfermedad o accidente, mediante los distintos seguros que administra.

La atención médica del asegurado va acompañada de prestaciones económicas que permite proteger sus ingresos. Este gasto ha crecido como consecuencia de una mayor demanda de servicios médicos, el crecimiento de la población asegurada y los salarios. Tan solo de 2003 a 2016, el gasto en prestaciones económicas prácticamente se triplicó, al pasar de 9,502 a 25,746 millones de pesos (gráficas III.9 y III.10).

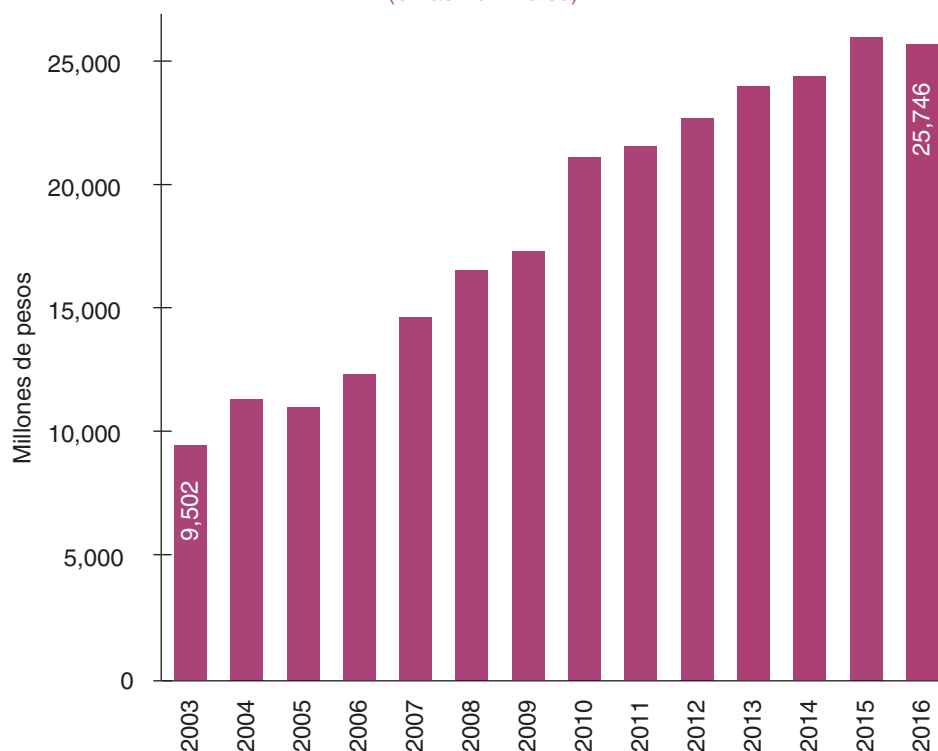
Las prestaciones económicas se derivan de las coberturas del Seguro de Enfermedades y Maternidad (SEM), del Seguro de Riesgos de Trabajo (SRT) y del Seguro de Invalidez y Vida (SIV), y siguen una línea de vida: inician con una incapacidad temporal para el trabajo pudiendo evolucionar a una pensión temporal o provisional y, en su caso, a una pensión definitiva (gráfica III.11). Las intervenciones oportunas entre las etapas tienen un impacto económico. En estas intervenciones los servicios de Salud en el Trabajo tienen un papel fundamental.

Considerando esta relación entre las prestaciones económicas y médicas, en el último trimestre de 2015 se implementaron medidas emergentes para la contención del gasto en materia de subsidios, las cuales consistieron en la revisión de casos con más de 100 días de incapacidad temporal para el trabajo para, de acuerdo con la valoración médica, darlos de alta, continuar con el subsidio o para ser dictaminados como pensión temporal, provisional o definitiva.

En 2016 se reforzaron estas medidas de control con diversas acciones implementadas por Prestaciones Económicas junto con Prestaciones Médicas, especialmente a través de la Coordinación de Salud en el Trabajo:

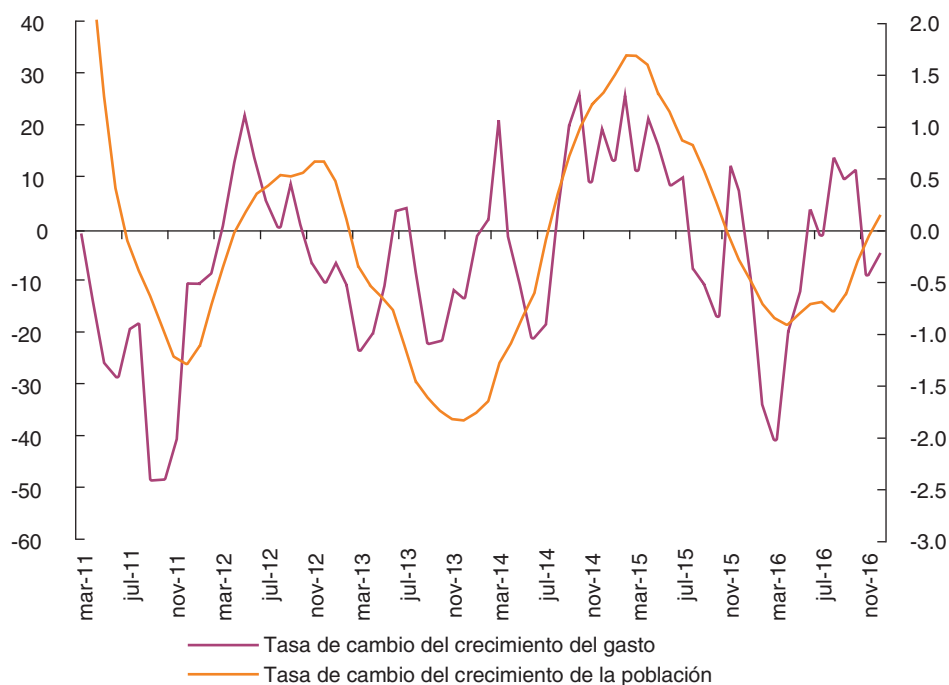
- Elaboración de metas de días de incapacidad para las delegaciones y las Unidades Médicas de Alta Especialidad.

Gráfica III.9.
Gasto en Prestaciones Económicas IMSS-Asegurador, 2003-2016
 (cifras nominales)



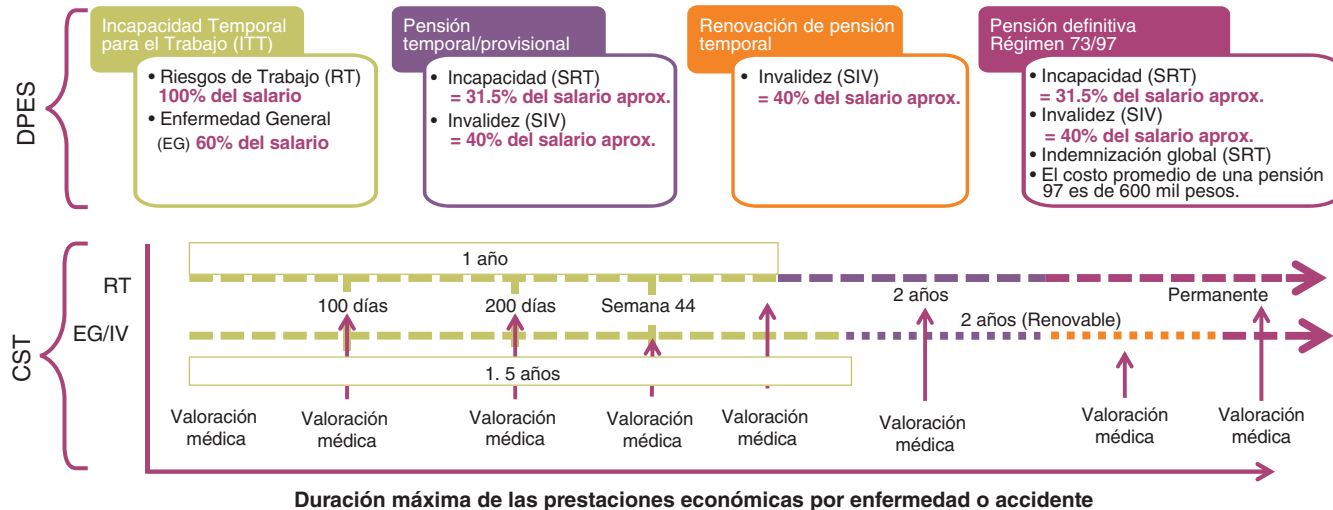
Fuente: Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales con información de la Dirección de Finanzas, IMSS.

Gráfica III.10.
Tasa de cambio del crecimiento anual del gasto en prestaciones económicas vs. la población asegurada, enero 2011-noviembre 2016^{1/}
 (tasas en porcentaje)



^{1/} Se refiere al número de asegurados en el IMSS. Para la variación se toma el promedio móvil de 3 meses.
 Fuente: Dirección de Prestaciones Económicas, IMSS.

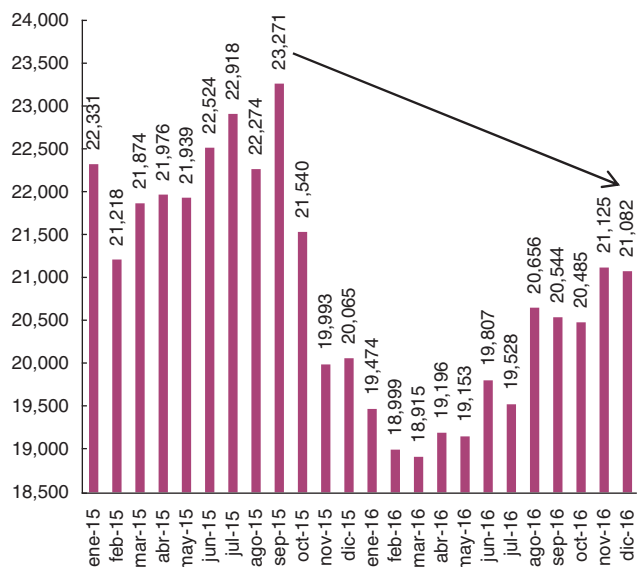
Gráfica III.11.
Relación entre Prestaciones Económicas y Salud en el Trabajo



DPES: Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales.
CST: Coordinación de Salud en el Trabajo.

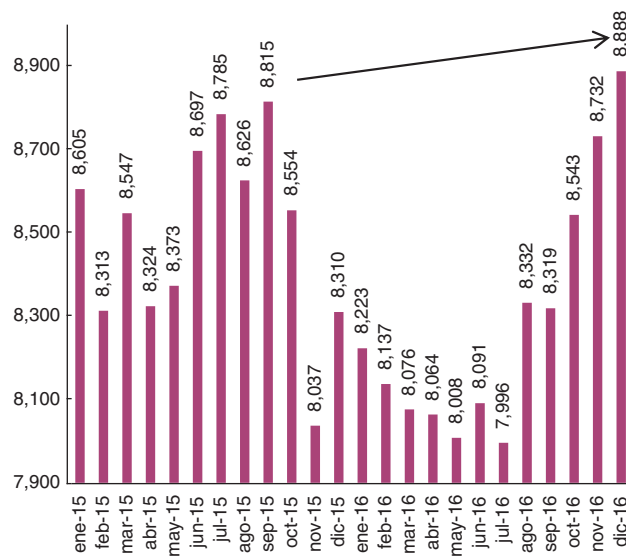
Fuente: Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales, IMSS.

Gráfica III.12.
Casos de más de 100 días en Enfermedad General
(casos)



Fuente: Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales, IMSS.

Gráfica III.13.
Casos de más de 100 días en Riesgos de Trabajo
(casos)



Fuente: Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales, IMSS.

- Identificación y atención oportuna de casos que acumulan más de 100 días de incapacidad temporal para el trabajo (gráficas III.12 y III.13).
- Revisión de casos con pensión de invalidez temporal próximos a vencer.
- Identificación de unidades y matrículas médicas con mayor expedición de días de incapacidad para prevenir fraudes y malas prácticas.

Adicionalmente, ambas áreas han contribuido a disminuir el ritmo de crecimiento en el gasto por separado. La Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales se ha encargado de dar un seguimiento más cercano al presupuesto, a la identificación y gestión de padecimientos con mayor concentración en el gasto, al seguimiento a la opción de menor precio en rentas vitalicias y a la gestión de devolución de recursos con aseguradoras y las AFORE. Por su parte, la Dirección de Prestaciones Médicas implementó el programa para abatir el rezago quirúrgico de casos de traumatología mediante cirugías en fin de semana; la actualización de guías de incapacidad temporal para el trabajo por patología; control de días probables de recuperación; la promoción de la incapacidad electrónica y restricción del uso del *block* en primer nivel de atención, y las campañas de prevención de riesgos de trabajo.

Como resultado de estas acciones de contención, el gasto en prestaciones económicas en 2016 fue de 25,746 millones de pesos, lo que representó un ahorro de 1,516 millones de pesos respecto al presupuesto aprobado para el ejercicio y una disminución de 305 millones de pesos respecto de 2015, la primera disminución absoluta en los últimos 12 años.

En este contexto, los servicios de Salud en el Trabajo juegan un papel fundamental en la atención a los asegurados y en el acceso a las prestaciones económicas. Entre sus funciones tienen las de:

- Dictaminación de los probables accidentes y enfermedades de trabajo del Seguro de Riesgos

de Trabajo (SRT) y de dictaminación de la invalidez del Seguro de Invalidez y Vida (SIV).

- Participar en el control de la Incapacidad Temporal para el Trabajo (ITT) en trabajadores de empresas afiliadas y del propio Instituto.
- Vigilar el cumplimiento de la normatividad para lograr la atención integral a la salud de los trabajadores en el Seguro de Riesgos de Trabajo y el Seguro de Invalidez y Vida.
- Diseñar estrategias de salud para la adecuada prescripción de las incapacidades temporales para el trabajo y reincorporación laboral oportuna.
- Promoción de la salud y prevención de riesgos de trabajo.

La modernización del IMSS requiere encontrar nuevas formas para mejorar la atención del trabajador asegurado con mayor calidad, calidez y con un uso eficiente de los recursos. En vista de lo anterior, el Instituto se ha dado a la tarea de transitar de la simple contención del gasto a institucionalizar el control del gasto en prestaciones económicas, aprovechando la relación que tiene la Coordinación de Prestaciones Económicas y la Coordinación de Salud en el Trabajo para la creación de una área en el Instituto que integre y coordine sus diferentes funciones, adoptando las mejores prácticas nacionales e internacionales para concentrar los tramos de control y responsabilidad de las prestaciones económicas en una sola instancia.

Mediante un acuerdo aprobado por el H. Consejo Técnico del IMSS, a partir de marzo de 2017, los servicios de Salud en el Trabajo, que desde su creación estuvieron adscritos a la Dirección de Prestaciones Médicas, se incorporaron a la Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales, mediante la creación de la Unidad de Prestaciones Económicas y Salud en el Trabajo.

Con la transición hacia la Unidad de Prestaciones Económicas y Salud en el Trabajo, se fortalece en la Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales

(DPES) el sentido de administradora de seguros. Las mejores prácticas en materia de pensiones y subsidios indican que el área de expertos médicos, que dictamina los riesgos, debe estar integrada con el área que asume la obligación económica de cubrirlos, como se observa en el ISSSTE, en países como Chile y Alemania, y se establece en la Circular Única de Seguros y Fianzas para los seguros del ramo de salud con la figura del Contralor médico.

Con el trabajo estrecho entre Prestaciones Económicas y Salud en el Trabajo se implementarán medidas para brindar una mejor atención al derechohabiente:

- Para los casos que acumulan menos de 100 días de incapacidad, se controlará vía sistema y mediante guías de expedición el número de días a otorgar de acuerdo con el padecimiento diagnosticado.
- Para los casos que acumulan 100 o más días de incapacidad, se gestionará una mejor atención al asegurado como método de prevención de futuras pensiones, a través de oportunidad en:
 - Diagnóstico, referencia, intervención quirúrgica, reinserción laboral.
 - Revisión de las guías de Incapacidad Temporal para el Trabajo de forma conjunta entre Salud en el Trabajo y Prestaciones Económicas.
 - Monitoreo y seguimiento a unidades y médicos con niveles atípicos de expedición.
- Dictaminación oportuna de la invalidez o incapacidad permanente.
- Simplificación del proceso para iniciar la solicitud de pensión por invalidez o la dictaminación de los riesgos de trabajo para que arranque desde la primera cita médica de dictaminación.
 - De esta forma, se alcanza a más de 60 mil personas al año que actualmente realizan varias visitas para llevar a cabo este trámite, en condiciones complicadas por su estado de salud, y cuyo plazo para recibir su primer pago de pensión puede ser prolongado.

- Programas específicos de atención médica oportuna para promover la reincorporación laboral de los asegurados, mediante el análisis sistemático de la calidad de la atención:
 - Evaluación de la disponibilidad y uso de recursos humanos, físicos y materiales (causas no médicas).
 - Evaluación de procedimientos, diagnósticos y decisiones terapéuticas en los niveles de atención médica (causas médicas).

Institucionalizar el control del gasto traerá varios beneficios para la población asegurada:

- Mejorará la oportunidad en el otorgamiento de las pensiones.
- Garantizará la continuidad en los medios de subsistencia del trabajador desde la incapacidad hasta el otorgamiento de la pensión.
- Agilizará la reincorporación laboral oportuna de los asegurados al momento de sufrir un accidente o enfermedad de trabajo.

Adicionalmente, se coordinarán esfuerzos entre las áreas de Prestaciones Económicas y Prestaciones Médicas para el intercambio de información, con el fin de identificar áreas de oportunidad en materia de atención médica y control del gasto.

Por último, la integración de estas dos áreas a través de la Unidad de Prestaciones Económicas y Salud en el Trabajo tendrá un impacto económico para las finanzas del Instituto. En 2020, haber controlado de manera institucional el gasto en prestaciones económicas cambiaría la trayectoria del mismo en comparación con un escenario inercial. Se estima que la tasa de crecimiento anual podría reducirse hasta 3 puntos porcentuales con la institucionalización de medidas de control. El objetivo será mantener el gasto en niveles de crecimiento menores al de la población asegurada y de los salarios.

III.4.2. Otras acciones

i) Durante abril y mayo de 2016 se realizaron reuniones para la revisión de la última versión de las Tablas de Enfermedades de Trabajo, y en agosto, luego de 46 años sin cambios, la Comisión Consultiva de Seguridad y Salud en el Trabajo (COCONASST) aprobó la actualización de la Tabla de Enfermedades de Trabajo y de Valuación de Incapacidad Permanente. La tabla pasó de 161 enfermedades a 185 padecimientos de origen laboral.

El 22 de febrero de 2017, la Comisión de Trabajo y Previsión de la Cámara de Diputados aprobó la iniciativa con proyecto de decreto por la que se reforman los Artículos 476, 513, 514 y se adiciona el 515 BIS de la Ley Federal del Trabajo, y una vez que la Cámara de Senadores la apruebe, las tablas antes mencionadas serán publicadas en el Diario Oficial de la Federación.

Entre los beneficios de esta medida destaca el reconocimiento de estos padecimientos como derivados de la exposición laboral a factores de riesgo. Esta tabla se organiza de acuerdo con la Clasificación Internacional de Enfermedades en su décima versión (CIE-10), lo que permite realizar un mejor seguimiento clínico, epidemiológico y del impacto económico de los diversos padecimientos en los seguros.

Es importante aclarar que, contrario a lo señalado en algunos medios de comunicación, resulta falso que el dictamen aprobado implique una reducción en el pago de prestaciones económicas derivadas de riesgos de trabajo. Esto es así toda vez que no se modificaron ni el Artículo 491 de la Ley Federal del Trabajo ni el Artículo 58 de la Ley del Seguro Social, donde se establecen dichos montos.

- ii) Impulsar medidas que permitan mejorar las condiciones de adquisición de las rentas vitalicias, dentro del marco del Comité del Artículo 81 de la Ley del Sistema de Ahorro para el Retiro (SAR).
- iii) Promover en las delegaciones del ámbito nacional estrategias de orientación enfocadas a la etapa de elección de régimen y/o aseguradora, de manera racional y consciente, resaltando el beneficio al pensionado, garantizándole su ingreso.



Este capítulo analiza la situación financiera del Seguro de Invalidez y Vida (SIV) y describe las acciones realizadas durante 2016 orientadas a brindar cada vez con mayor calidad y calidez los servicios otorgados al derechohabiente, buscando al mismo tiempo contribuir a la viabilidad financiera. Para asegurar que las prestaciones del SIV se otorguen de manera expedita y transparente, la actual Administración ha impulsado una etapa de modernización y digitalización de los servicios que están a disposición de la población derechohabiente.

La sección IV.1 describe la cobertura que otorga el Seguro de Invalidez y Vida, y la situación actual en el gasto de las prestaciones económicas a cargo de este seguro, que incluye las pensiones de invalidez temporal y las rentas vitalicias.

La sección IV.2 muestra el estado de actividades de este seguro considerando 2 escenarios del costo neto: i) con registro parcial de los pagos realizados en el periodo por concepto del Régimen de Jubilaciones y Pensiones y de la Prima de Antigüedad e Indemnizaciones, y ii) con registro total de las citadas obligaciones laborales.

La sección IV.3 presenta los resultados de la valuación actuarial realizada para el Seguro de Invalidez y Vida, que consisten en un diagnóstico técnico sobre la situación financiera de este seguro al 31 de diciembre de 2016 y permiten determinar si la prima de ingreso es suficiente para hacer frente en el futuro a las obligaciones derivadas de las prestaciones en dinero y en especie que deberán otorgarse a los

trabajadores afiliados al IMSS y a sus beneficiarios de acuerdo con lo que establece la Ley del Seguro Social (LSS), así como a los gastos de administración.

Finalmente, la sección IV.4 delinea las acciones de política que ya se han emprendido para fortalecer la protección que brinda el Seguro de Invalidez y Vida y contribuir a su viabilidad en el largo plazo. Como parte de estas acciones destacan las mejoras implementadas en los distintos procesos de la administración de pensiones.

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 protege también 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 la percibida durante el último año de trabajo y que esa imposibilidad derive de una enfermedad o accidente no profesionales⁷⁰. 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.

Cuando la contingencia que sufre un asegurado derivada de una enfermedad o accidente no profesionales lo incapacite temporalmente para el trabajo, el asegurado tendrá protección económica

por medio de un subsidio a cargo del Seguro de Enfermedades y Maternidad (SEM).

Si bien no todas las pensiones del Seguro de Invalidez y Vida provienen de un caso con subsidio por enfermedad general, ni todas las incapacidades por enfermedad general terminan en una pensión por invalidez, el Seguro de Enfermedades y Maternidad actúa como el enlace de protección al asegurado durante periodos cortos de incapacidad para el trabajo. Además de que las prestaciones médicas del primer seguro se cubren a través del de Enfermedades y Maternidad⁷¹.

El cuadro IV.1 y la gráfica IV.1 muestran un resumen de 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 o incapacidad temporal para el trabajo.

El Seguro de Invalidez y Vida es financiado con 2.5% del salario base de cotización para cada trabajador. La cuota se integra de manera tripartita⁷²: a los patrones, a los trabajadores y al Gobierno Federal les corresponde cubrir 1.75%, 0.625% y 0.125%⁷³ sobre el salario base de cotización, respectivamente. Al 31 de diciembre de 2016, este seguro cubría a 18'344,059 trabajadores⁷⁴.

Durante 2016, el Instituto otorgó, con cargo a este seguro, pensiones temporales y definitivas por un monto de 1,244 millones de pesos, cifra 25% mayor en términos reales a la de 2015, distribuidos de la forma que muestra el cuadro IV.2.

⁷⁰ Ley del Seguro Social, Artículo 119.

⁷¹ Ídem, Artículo 127. En el caso de los riesgos profesionales, los subsidios, las pensiones y las prestaciones médicas son con cargo a un mismo seguro: el Seguro de Riesgos de Trabajo.

⁷² Ley del Seguro Social, Artículos 146, 147 y 148, el financiamiento del Seguro de Invalidez y Vida.

⁷³ Equivalente a 7.143% de la aportación patronal.

⁷⁴ De los 18'749,766 trabajadores asegurados a diciembre de 2016 en el IMSS (esta cifra incluye las continuaciones voluntarias al Régimen Obligatorio, modalidad 40), el Seguro de Invalidez y Vida no cubre: i) los trabajadores al servicio de gobiernos estatales, municipales y organismos descentralizados (modalidad 36), y ii) los trabajadores al servicio de las administraciones pública federal, entidades federativas y municipios (modalidad 38).

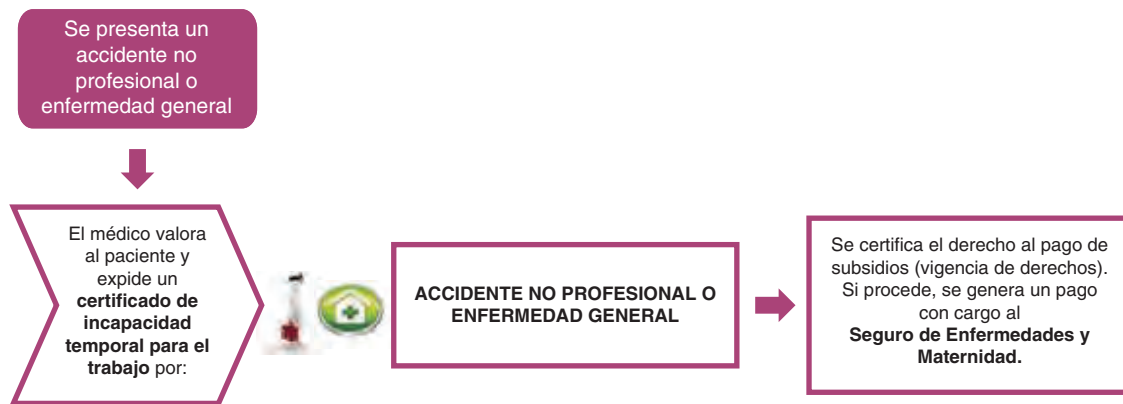
Cuadro IV.1.
Prestaciones del Seguro de Invalidez y Vida

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	Artículos 120, fracción III y 91	
	Asistencia farmacéutica		
	Asistencia hospitalaria		
En dinero (con cargo al SEM)	Subsidio por incapacidad temporal para el trabajo. Artículos 96 y 98	En los términos del Seguro de Enfermedades y Maternidad y con cargo a éste.	
Asegurados	Pensión temporal por invalidez. Artículos 120, fracción I, 121 y 141	En 60% 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. El asegurado deberá tener 4 semanas cotizadas anteriores al inicio de la enfermedad y si es eventual 6 semanas anteriores al inicio de la enfermedad.	
		En 35% 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%, se requiere de 150 semanas de cotización.	
	En dinero (con cargo al SIV)	Pensión definitiva por invalidez. Artículos 120, fracción II, 121, 122 y 141	En 35% 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%, se requiere de 150 semanas de cotización.
	Asignaciones Familiares. Artículo 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	Artículos 127, fracción V y 91	
	Asistencia farmacéutica		
	Asistencia hospitalaria		
Beneficiarios	En dinero	Pensiones. Artículos 127 al 137	Con base en la pensión de invalidez aquella que hubiera correspondido al asegurado o pensionado. a) Viudez; equivalente a 90%. Se otorga al cónyuge sobreviviente, a falta de éste a la concubina o concubinario. Artículos 127 y 130. b) Orfandad; equivalente a 20%, si la orfandad es por la muerte de ambos padres, será equivalente a 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. 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. Artículos 134 a 136. c) Ascendencia; equivalente a 20%. Es otorgada a cada uno de los padres dependientes económicamente del asegurado, a falta de cónyuge, concubina o concubinario e hijos con derecho. Artículo 137.
		Ayuda para gastos de funeral. Artículo 104	Pago en una sola exhibición de la cantidad equivalente a 2 meses del valor de la Unidad de Medida y Actualización ^{1/} (UMA) vigente en la fecha de fallecimiento. El asegurado deberá tener 12 cotizaciones semanales en los 9 meses anteriores al fallecimiento. Tratándose de pensionados deberán estar vigentes.

^{1/} A partir de febrero de 2017.

Fuente: Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales, IMSS.

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

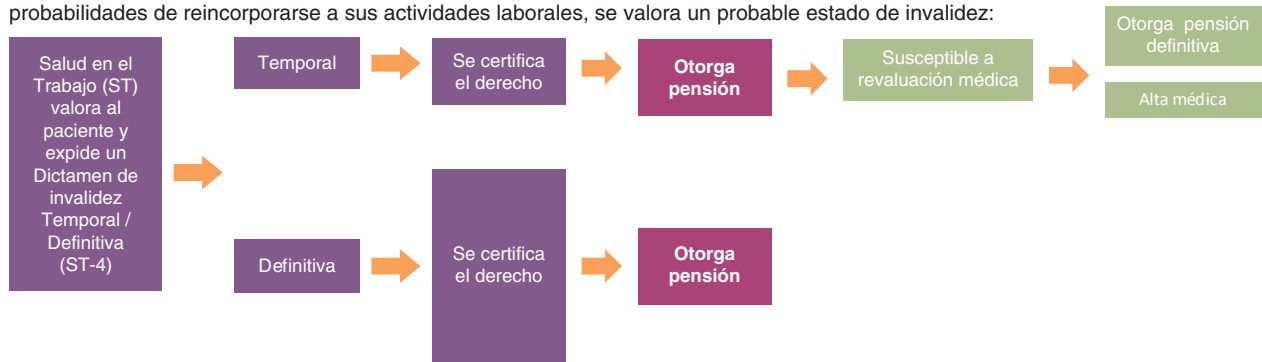


Los certificados de incapacidad tienen un límite máximo de hasta 52 semanas (prorrogable hasta 26 semanas más si el médico tratante lo determina).

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 tenga incapacidad temporal para el trabajo y se determine médicamente que existen pocas probabilidades de reincorporarse a sus actividades laborales, se valora un probable estado de invalidez:



Los dictámenes de invalidez temporal tienen un límite máximo de hasta 2 años que pueden ser prorrogables por 2 años más.

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

Los dictámenes con carácter definitivo

No se requiere tener como antecedente directo una pensión temporal.

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.

^{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 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, 2016
(millones de pesos de 2016)

Total de prestaciones en dinero	56,246
Subsidios por incapacidad temporal para el trabajo (con cargo al SEM)	5,328
A. Pensiones temporales	1,244
B. Sumas aseguradas por rentas vitalicias (Ley 97)	6,177
Con cargo al Gobierno Federal	43,497
Pensiones definitivas (Ley 73, con cargo al Gobierno Federal)	43,497
Prestaciones en dinero del Seguro de Invalidez y Vida (A+B)	7,421

Fuente: Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales, con información de la Dirección de Finanzas, IMSS.

Como parte de las acciones para contribuir a la viabilidad financiera de los Seguros de Invalidez y Vida y de Enfermedades y Maternidad, el Instituto realiza medidas preventivas ante la aparición y desarrollo de enfermedades y accidentes no profesionales, para proteger la salud y prevenir la discapacidad. Asimismo, se han reforzado las estrategias para tener un ejercicio del gasto más eficiente. En primer lugar, se ha estrechado la comunicación y colaboración con cada una de las Delegaciones para un seguimiento más cercano en el otorgamiento de prestaciones desde la Unidad Médica. En segundo lugar, se ha trabajado con los médicos para una mayor vigilancia y contención de los casos que acumulan más de 100 días de incapacidad temporal. Por último, se ha dado continuidad a la implementación de medidas que aseguren una correcta prescripción de incapacidades de acuerdo con el tipo de padecimiento o accidente.

Los médicos de Salud en el Trabajo continúan sumando el esfuerzo hacia las acciones preventivas. En 2016, se continuó con las acciones encaminadas a informar apropiadamente y mantener la salud de los trabajadores. A través de PREVENIMSS se atendió a una población de más de 28 millones de derechohabientes, 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.

Del mismo modo que el año anterior, con las acciones realizadas durante 2016, el Seguro de Invalidez y Vida presentó un superávit.

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 le ocasione pérdida de facultades o aptitudes que lo imposibiliten para desempeñar su trabajo, el IMSS cubrirá al asegurado con 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 siniestro⁷⁵, prorrogables por 26 semanas más, siempre que el médico tratante así lo determine. La pensión temporal o definitiva se podrá determinar en cualquier momento, sin que sea necesario que se terminen las 52 semanas o la prórroga.

Esta Administración ha tomado medidas para que esos subsidios se otorguen de manera ágil y transparente a quienes tienen derecho a recibirlos. Al igual que el año anterior, durante 2016 se continuó con el impulso ante el sector patronal para la suscripción de convenios con empresas, a fin de que éstas realicen directamente el pago de los subsidios a sus trabajadores una vez que son procesados 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;

⁷⁵ Ley del Seguro Social, Artículo 58.

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 el número de trabajadores incapacitados, los días de incapacidad que se otorgan y el importe pagado.

Aunado a que las prestaciones de este seguro sean otorgadas de forma ágil y expedita, esta Administración ha puesto especial énfasis en que el goce sea congruente con el padecimiento de que se trate, evitando inconsistencias.

Desde 2015 se han fortalecido las medidas de coordinación entre las áreas involucradas en el proceso de las prestaciones económicas, a través de un equipo multidisciplinario que 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, que envía periódicamente a los equipos delegacionales de seguimiento la información obtenida respecto de las unidades y los médicos, cuyo comportamiento contrasta fuertemente con la dinámica delegacional de otorgamiento de incapacidades. Al cierre de 2016, esta colaboración se mantuvo y continuó generando resultados como se puede observar en la gráfica IV.2 donde se aprecia una disminución en los días de incapacidad por enfermedad general para 2016.

A nivel nacional se ha impulsado el uso de la expedición electrónica de incapacidades sobre la expedición manual, 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.

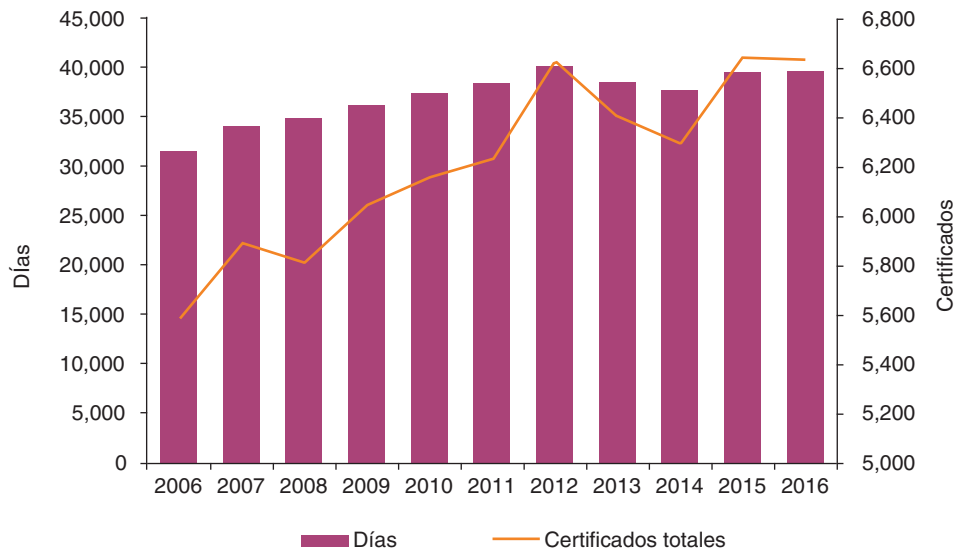
Durante 2016, el uso de expedición electrónica de incapacidades, en el primer nivel de atención, se mantuvo en un porcentaje favorable (86.6%), superior a lo observado durante el ejercicio previo (86.1%). Para el presente año, continúa el reto de incrementar el porcentaje de expedición electrónica hasta eliminar el registro de

incapacidades manuales, con lo que se pretende lograr mayores eficiencias para el Instituto en lo referente al abasto de *blocks*. Asimismo, la captura electrónica provee de más elementos de control para el adecuado ejercicio del gasto en las prestaciones económicas amparadas por el Instituto.

Como se mencionó en la sección IV.1, existe una estrecha relación entre la protección que brinda el Seguro de Invalidez y Vida y la del Seguro de Enfermedades y Maternidad. En este sentido, como una medida adicional para tener un gasto más controlado y eficiente, el Instituto anunció, en el marco de la Estrategia Nacional de Inclusión, la entrada en vigor, a partir del 1° de julio de 2016, de un nuevo procedimiento para la expedición de incapacidades por maternidad. Con este nuevo esquema, las 273 mil aseguradas que solicitan anualmente esta prestación podrán transferir de 1 hasta 4 semanas del periodo de descanso prenatal al postnatal, previa autorización de su patrón y del médico familiar del Instituto. Además, se les expide un certificado único de incapacidad hasta por 84 días que ampara tanto el periodo prenatal como el postnatal y que podrá ser cobrado, de cumplir con los requisitos para el subsidio, en una sola exhibición. Finalmente, las aseguradas que decidan atender su parto fuera del IMSS sólo tienen que presentarse una vez, durante su semana 34 de gestación, para certificar el embarazo y que se les otorgue su incapacidad; sin embargo, si desean transferir semanas y es autorizada su solicitud, se les programará una nueva cita en la que se les expedirá su incapacidad por maternidad.

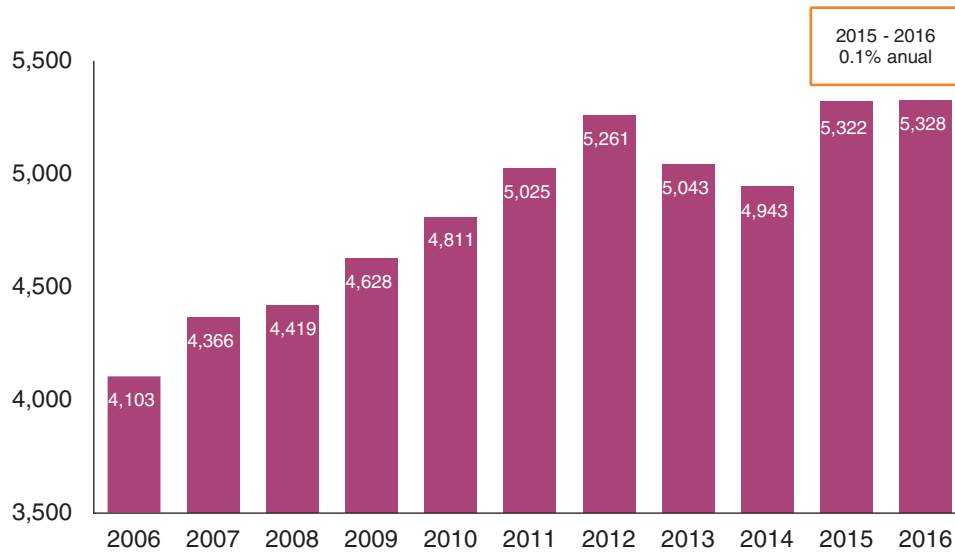
Entre 2015 y 2016 el total de días de incapacidad por enfermedad general aumentó 0.2% mientras que los días subsidiados disminuyeron 0.9%. Lo anterior se vio reflejado en un incremento del gasto de 0.1% en términos reales (gráfica IV.3). Entre los factores que contribuyeron a disminuir el ritmo de crecimiento en el gasto, destaca una mejor expedición de incapacidades que ha logrado contener parcialmente los efectos del crecimiento de los salarios y de la población asegurada.

Gráfica IV.2.
Certificados y días de incapacidad por Enfermedad General, 2006-2016
(miles de casos)



Fuente: Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales, IMSS.

Gráfica IV.3.
Gasto en subsidios por Enfermedad General, 2006-2016
(millones de pesos de 2016)



Fuente: Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales, IMSS.

Para seguir manteniendo un crecimiento sostenible en el gasto y lograr una expedición de incapacidades más eficiente es necesario continuar con acciones coordinadas entre Prestaciones Económicas y Salud en el Trabajo e implementar medidas para revisar los casos que acumulan más de 100 días de incapacidad temporal y darlos de alta o dictaminarlos oportunamente con una pensión cuando el criterio médico lo determine.

IV.1.2. Pensiones

Como se detalla en el cuadro IV.1 y en la gráfica IV.1, todos aquellos trabajadores que derivado de algún padecimiento o secuelas de un accidente o enfermedad no laboral y conforme a la valoración médica que realiza el Instituto, una vez transcurrido el periodo máximo del subsidio, pueden acceder a una pensión por invalidez con carácter de temporal o definitiva.

Durante el año 2016, se emitieron 37,013 dictámenes a trabajadores asegurados para determinar la existencia del estado de invalidez. En 90% (33,166) de los casos se determinó que sí existía invalidez. De estos 33,166 dictámenes en los que se estableció un estado invalidante, 74% (24,647) fueron iniciales y el resto (8,519) revaloraciones.

Con respecto al carácter del dictamen, 53% (17,590) de los casos fueron temporales y el 47% restante (15,576) definitivos.

Pensiones temporales

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

La gráfica IV.4 muestra el crecimiento sostenido que experimentaron las pensiones temporales a partir de 2010, alcanzando un nivel máximo en 2013 con más de 24 mil pensiones vigentes. Ante esta situación, desde 2015, el Instituto ha llevado 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 o, 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 2016, el número de pensiones temporales que cubre el Instituto sea de poco más de 22 mil.

Pensiones definitivas

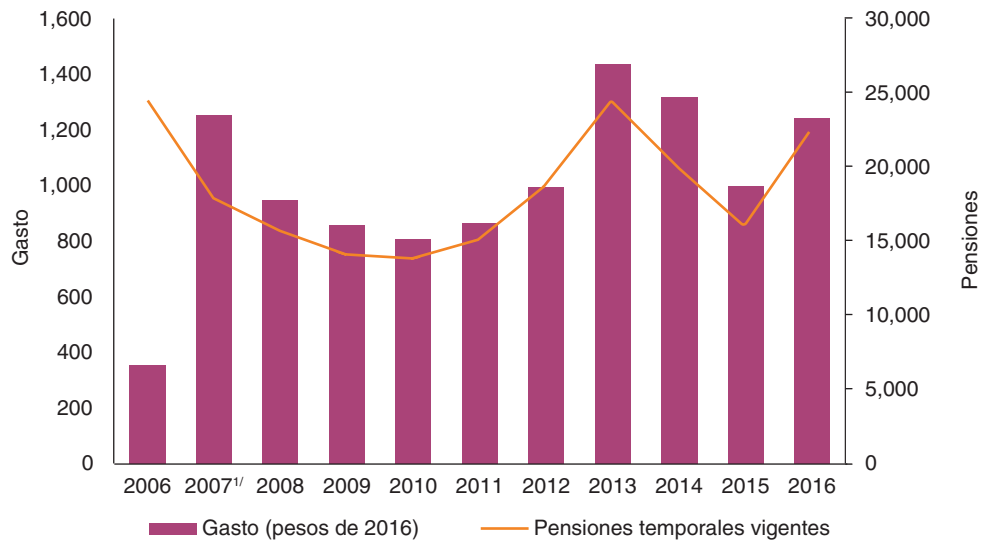
Las pensiones definitivas se otorgan al trabajador cuando, derivado de una valoración médica, se determine el estado de invalidez de naturaleza permanente para un asegurado⁷⁶, ya sea bajo el régimen que establece la Ley del Seguro Social de 1973 (Ley de 1973) o por el de la Ley del Seguro Social de 1997 (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 2 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 Vida⁷⁷. La gráfica IV.5 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.

⁷⁶ Ley del Seguro Social, Artículo 121.

⁷⁷ De acuerdo con lo establecido en los Artículos Tercero, Undécimo y Duodécimo Transitorios de la reforma a la Ley del Seguro Social, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 21 de diciembre de 1995 y vigente a partir del 1° de julio de 1997.

Gráfica IV.4.
Pensiones temporales vigentes y gasto, 2006-2016^{1/}
(casos y millones de pesos de 2016)



^{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.

Como se puede ver en la gráfica IV.5, 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 de 2016, el número de pensiones definitivas por invalidez bajo la Ley de 1973 otorgadas por el Instituto fue de 1'071,223 pensiones, con una nómina asociada de 43,497 millones de pesos, lo que significa un aumento de 2.7% en el número de pensiones definitivas bajo la Ley de 1973, respecto a las que se dieron al cierre de 2015.

Por su parte, los trabajadores bajo el amparo de la Ley de 1997 a quienes se otorga un dictamen definitivo de invalidez, reciben su pago a través de una aseguradora en forma de renta vitalicia. Al precio que cobra la aseguradora por asumir la obligación de pago se le denomina monto constitutivo.

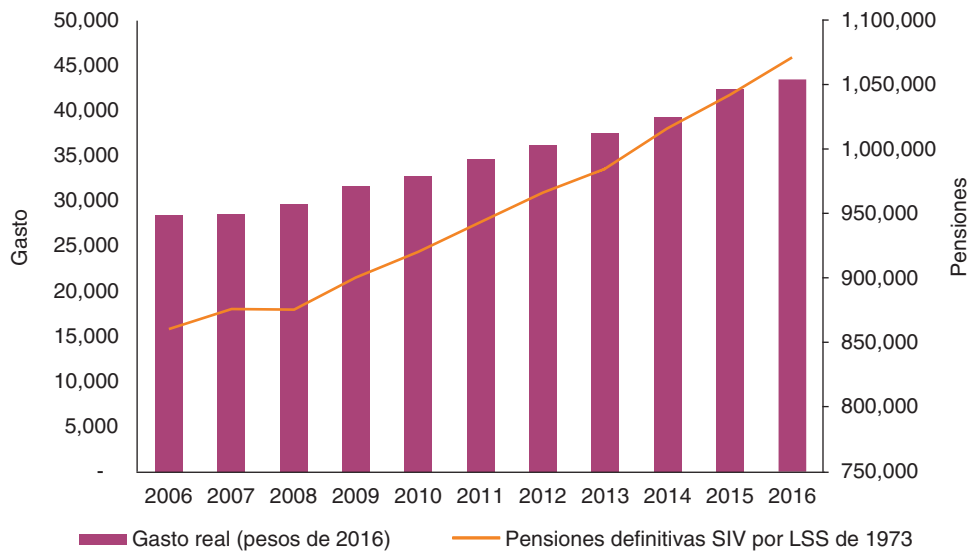
La gráfica IV.6 muestra el número de rentas vitalicias y el gasto en sumas aseguradas. Las pensiones otorgadas a los beneficiarios en caso de fallecimiento del trabajador o del pensionado por invalidez son también de carácter definitivo. En la misma gráfica se puede ver el número de rentas vitalicias que se han otorgado hasta 2016 con cargo al Seguro de Invalidez y Vida y el costo en sumas aseguradas para el Instituto.

La gráfica IV.6 muestra que el número de rentas vitalicias continuó disminuyendo, con una reducción anual de 4.4% respecto a 2015, mientras que el gasto por sumas aseguradas presentó una disminución de 18.1% real durante este año.

En el otorgamiento de Rentas Vitalicias se mantienen las estrategias implementadas desde 2014, cuando ocurrió la liberación de la tasa de interés técnico⁷⁸, para

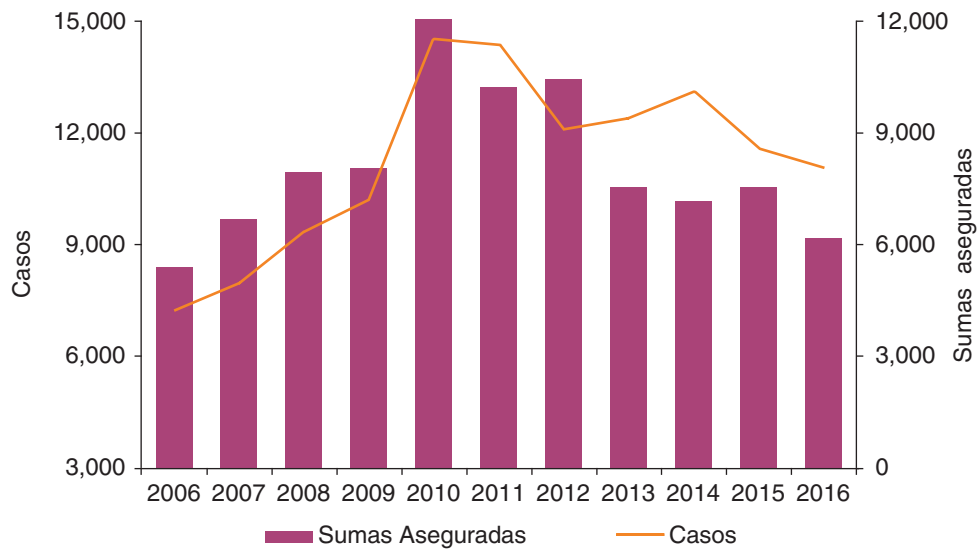
⁷⁸ La tasa de interés técnico se publicaba semanalmente por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas (CNSF) en la Circular Única de Seguros hasta el mes de enero de 2014. En promedio, la tasa utilizada para el cálculo de los montos constitutivos registró un decremento de 1% respecto a la de 2012 (al 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. Esta tasa se continúa calculando por dicha Comisión únicamente con fines informativos.

Gráfica IV.5.
Pensiones de invalidez definitivas vigentes y gasto
por Ley del Seguro Social de 1973, 2006-2016
(casos y millones de pesos de 2016)



Fuente: Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales, IMSS.

Gráfica IV.6.
Rentas vitalicias y sumas aseguradas del Seguro de Invalidez y Vida, 2006-2016
(casos y millones de pesos de 2016)



Fuente: Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales, IMSS.

promover la elección de las rentas con la aseguradora que le ofreciera al Instituto la tasa de interés más favorable mediante el otorgamiento del incentivo económico denominado Beneficio Adicional Único (BAU), el cual ha generado mayor competitividad en el mercado.

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 2016, considerando 2 escenarios para el reconocimiento del costo neto del periodo del Régimen de Jubilaciones y Pensiones: i) con registro parcial, mismo que se refiere a los pagos realizados por concepto del Régimen de Jubilaciones y Pensiones y de la Prima de Antigüedad e Indemnizaciones, y ii) con registro total⁷⁹. El resultado del ejercicio de este seguro fue equivalente a un superávit de 45,186 millones de pesos con el registro parcial del costo neto del periodo de las obligaciones laborales del Instituto y de 34,611 millones de pesos con el efecto del reconocimiento total de estas obligaciones.

IV.3. Resultados de la valuación actuarial

La valuación actuarial del Seguro de Invalidez y Vida permite examinar la situación financiera en el largo plazo, para lo cual se generan proyecciones demográficas y financieras.

A través de las proyecciones financieras se verifica si la prima de aportación que establece la Ley del Seguro Social es suficiente para cubrir el gasto por las prestaciones que otorga este seguro. Para ello

se compara la prima de ingreso con la prima media nivelada para un periodo de 50 años y de 100 años.

La prima media nivelada se define como el cociente del valor presente del gasto respecto al valor presente del volumen de salarios de cotización. Por su parte, para el cálculo del gasto se evalúan las prestaciones en dinero que se otorgan a la población derechohabiente de este seguro, así como los costos de administración.

La valuación actuarial se elabora considerando un escenario base bajo ciertos supuestos demográficos y financieros. Con el propósito de medir el efecto en el gasto por la variación de alguno o varios de los supuestos se elaboran dos escenarios de sensibilidad denominados: escenario de riesgo 1 (moderado) y escenario de riesgo 2 (catastrófico). El cuadro IV.4 muestra los supuestos más relevantes para los diferentes escenarios valuados (en el Anexo C del presente Informe se hace una presentación más detallada).

IV.3.1. Proyecciones demográficas y financieras

Los elementos que se consideran para llevar a cabo las proyecciones demográficas y financieras son:

- Los beneficios valuados y que corresponden a los que se establecen en la Ley del Seguro Social relativos a prestaciones en dinero⁸⁰.
- El número de asegurados que estará expuesto en el tiempo a una contingencia por invalidez o fallecimiento.
- El salario promedio de cotización.

⁷⁹ Para más detalles sobre el costo neto del periodo ver el Capítulo X, sección X.1.1.

⁸⁰ Las prestaciones en dinero que se valúan son las pensiones por invalidez y pensiones derivadas del fallecimiento de un asegurado o pensionado por invalidez.

Cuadro IV.3.
Estado de actividades del Seguro de Invalidez y Vida, al 31 de diciembre de 2016
(millones de pesos corrientes^{1/})

Concepto	Con registro parcial	Con registro total
	Costo neto del periodo	Costo neto del periodo
Ingresos y otros beneficios		
Ingresos de la gestión		
Cuotas y aportaciones de seguridad social	52,141	52,141
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	1,876	1,876
Otros ingresos y beneficios varios ^{2/}	2,182	2,173
Total de ingresos	56,199	56,190
Gastos y otras pérdidas		
Gastos de funcionamiento		
Servicios de personal	1,054	1,054
Materiales y suministros	22	22
Servicios generales y subrogación de servicios	71	71
Otros gastos y pérdidas		
Subsidios	7,431	7,431
Estimaciones, depreciaciones y deterioro	337	337
Otros gastos	1,604	1,604
Pagos a pensionados y jubilados IMSS ^{2/}	494	485
Costo por beneficios a empleados (RJP) ^{3/}	0	10,575
Total de gastos	11,013	21,578
Resultado del ejercicio	45,186	34,611

^{1/} Los totales pueden no coincidir debido al redondeo de cifras.

^{2/} En el rubro de Otros ingresos y beneficios varios con registro total no se consideran 9 millones, por la recuperación de la nómina de jubilados del Programa IMSS-PROSPERA, ya que se incluye 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. se integra por los rubros de Pagos a pensionados IMSS y el Costo por beneficios a empleados (Régimen de Jubilaciones y Pensiones); la determinación del costo neto de 2016 para Régimen de Jubilaciones y Pensiones y para Prima de Antigüedad e Indemnizaciones en favor de los Trabajadores del Instituto Mexicano del Seguro Social se realizó considerando la transición a la nueva NIF D-3 "Beneficios a los Empleados" y las Mejoras 2017, con lo que se elimina el factor de reconocimiento gradual de las partidas pendientes de amortizar en el cargo a resultados y se incorpora el reconocimiento inmediato del saldo pendiente de amortizar, por lo que para este seguro se realizó una asignación de 11,060 millones de pesos.

Fuente: Dirección de Finanzas, IMSS, a partir de los Estados Financieros dictaminados al 31 de diciembre de 2016 y 2015, 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 2016 y Proyecciones para 2017.

Cuadro IV.4.
Supuestos del escenario base y de los escenarios de riesgo 1 y de riesgo 2 para un periodo de 100 años

Supuestos	Base (%)	Riesgo 1 (%)	Riesgo 2 (%)
Financieros			
Tasa de incremento real anual de los salarios	0.34	0.34	0.34
Tasa de incremento real anual de los salarios mínimos	0.37	0.37	0.37
Tasa de incremento real anual de la Unidad de Medida y Actualización	0.00	0.00	0.00
Tasa de descuento	3.00	3.00	3.00
Tasa de rendimiento real anual de la Subcuenta de Retiro, Cesantía en Edad Avanzada y Vejez	3.50	3.50	3.50
Tasa de rendimiento real anual de la Subcuenta de Vivienda	2.50	2.50	--
Tasa de interés real anual para el cálculo de las anualidades (largo plazo)	3.00	2.50	2.50
Porcentaje promedio de asegurados que aportan a la subcuenta de vivienda, es decir, que no cuentan con un crédito hipotecario	50.00	50.00	--
Demográficos			
Incremento promedio anual de asegurados	1.28	1.28	1.28

Fuente: Dirección de Finanzas, IMSS.

- Los saldos acumulados en las cuentas individuales de los asegurados⁸¹.
- Los gastos de administración, los cuales tienen incorporado el gasto del Régimen de Jubilaciones y Pensiones a cargo del IMSS en su carácter de patrón que se asigna a dicho seguro⁸².

Proyecciones demográficas

Para estimar el número de nuevas pensiones que se otorgarán bajo los beneficios que establece la Ley del Seguro Social vigente para el Seguro de Invalidez y

Vida, se aplican las probabilidades de invalidarse o fallecer a causa de un riesgo o enfermedad no laboral⁸³ a la población de asegurados expuestos a estas contingencias. Esta población, incluye a los trabajadores de empresas afiliadas al IMSS y a los trabajadores propios del Instituto.

La población inicial es la que corresponde a los asegurados vigentes al 31 de diciembre de 2016, los cuales ascienden a 18'344,059⁸⁴, esta población tendrá movimientos derivados de:

⁸¹ Para efectos de la valuación actuarial, los saldos acumulados en la cuenta individual fueron proporcionados por la Comisión Nacional del Sistema de Ahorro para el Retiro.

⁸² Para efectos de la valuación actuarial, se considera que la proporción del gasto del Régimen de Jubilaciones y Pensiones que se asigna al Seguro de Invalidez y Vida es de 0.63%.

⁸³ Las probabilidades que se emplean en la valuación actuarial se describen en la sección de bases biométricas del Anexo C del presente Informe.

⁸⁴ 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. E incluye a los trabajadores propios del IMSS y a los trabajadores que laboran en las empresas afiliadas al IMSS.

- Bajas de los asegurados debido al otorgamiento de una pensión⁸⁵, por fallecimiento o por baja del sistema⁸⁶.
- Incorporación de nuevos asegurados en cada año de proyección.

La gráfica IV.7 muestra la estimación de la población que causará baja por invalidez o por fallecimiento, misma que generará un pago por pensiones con cargo a los ingresos por cuotas del Seguro de Invalidez y Vida.

La estimación de las nuevas pensiones dependen del número de asegurados que se estima estarán expuestos a una de las contingencias y de las probabilidades de ocurrencia de las mismas. La tasa promedio de invalidez es de 1.9 por cada mil

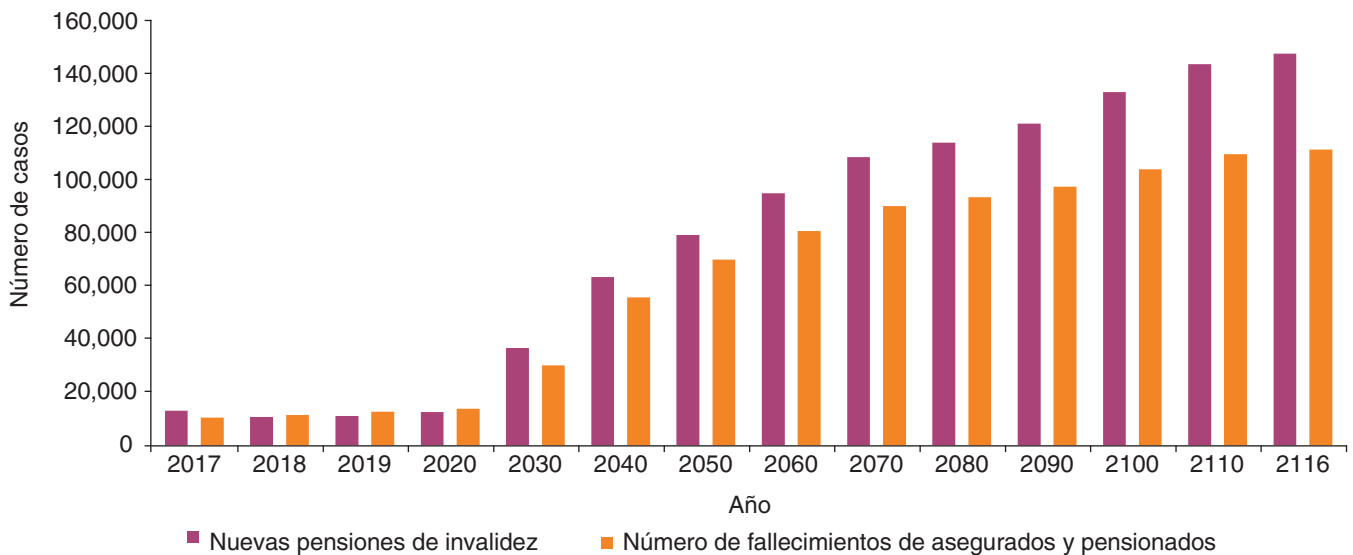
asegurados y para fallecimiento es de 1.6 por cada mil asegurados.

Proyecciones financieras

Con el propósito de evaluar la situación financiera para el Seguro de Invalidez y Vida, se calcula la prima nivelada que se requiere para garantizar el equilibrio financiero entre los ingresos y gastos, la cual se calcula como la relación entre el valor presente del gasto y el valor presente de los salarios de cotización.

La estimación del gasto considera el gasto por las prestaciones en dinero y los gastos administrativos asociados. Para los asegurados cuya afiliación es hasta el 30 de junio de 1997 se simula la opción de elegir entre los beneficios de la Ley del Seguro Social

Gráfica IV.7.
Estimación del número de bajas de asegurados por invalidez y fallecimiento del Seguro de Invalidez y Vida para el periodo 2017-2116



Fuente: Dirección de Finanzas, IMSS.

⁸⁵ El otorgamiento de una pensión puede ser por incapacidad permanente total o parcial, invalidez, cesantía en edad avanzada o vejez. Las bajas consideran todas las causas de salida de la actividad laboral; sin embargo, para efectos de la estimación del gasto del Seguro de Invalidez y Vida sólo se consideran las que generan un gasto a este seguro.

⁸⁶ Se considera como baja del sistema a los asegurados que dejan de cotizar al IMSS.

de 1973 y la Ley del Seguro Social de 1997; para aquellos que eligen los beneficios bajo la Ley del Seguro Social de 1997 su gasto será con cargo a los ingresos por cuotas del Seguro de Invalidez y Vida. El costo de las pensiones se divide en 2:

- El gasto que se deriva del otorgamiento de pensiones por invalidez con carácter temporal.
- El gasto por las pensiones por invalidez con carácter definitivo a las cuales se les otorga una renta vitalicia y generan el pago de sumas aseguradas⁸⁷.

El cuadro IV.5 muestra la estimación del gasto para los beneficios valuados.

Para evaluar la situación financiera del Seguro de Invalidez y Vida se analizan de manera conjunta los activos y pasivos.

Los activos se conforman por las reservas financieras y actuariales al 31 de diciembre de 2016 más el valor presente de los ingresos por cuotas, mismo que se determina aplicando al valor presente de los salarios, la prima de ingreso establecida en la Ley del Seguro Social que es de 2.5% de los salarios⁸⁸. El pasivo se calcula a partir del valor presente de los gastos de las prestaciones valuadas y de los costos de administración.

Una vez que se determina el valor presente del pasivo, se estima la prima media nivelada necesaria para garantizar el equilibrio financiero del Seguro de Invalidez y Vida. Los resultados se resumen en el balance actuarial, el cual se muestra en el cuadro IV.6.

Conforme a los resultados mostrados en el balance actuarial la prima media nivelada obtenida para el periodo de 100 años es de 1.77% de los salarios, misma que es superior a la obtenida en la valuación actuarial al 31 de diciembre de 2015 (1.67% de los salarios). Las razones principales por las cuales se tiene un aumento en la prima media nivelada son:

- La estimación del número de asegurados es superior a la estimada en la valuación actuarial con corte a diciembre de 2015; esto se debe a que el supuesto de incremento promedio de asegurados pasó de 0.90% en la valuación actuarial de diciembre de 2015 a 1.28% para la de 2016, este cambio representa un aumento de 42%. Asimismo, dicho aumento se refleja en un incremento en la estimación del volumen de salarios que es de 37%.
- El aumento en los asegurados también generó un crecimiento en el gasto por pensiones, el cual fue de 54%.
- Debido a que se tiene un crecimiento tanto en el volumen de salarios como en el gasto por pensiones, el incremento en la prima media nivelada no es de la misma magnitud y se observa un incremento moderado de 6% respecto a la calculada a diciembre de 2015.

Para evaluar el impacto en el gasto en el Seguro de Invalidez y Vida ante posibles cambios en los supuestos demográficos y financieros, se elaboraron dos escenarios de sensibilidad denominados escenario de riesgo 1 (moderado) y escenario de riesgo 2 (catastrófico).

⁸⁷ El gasto de las sumas aseguradas se calcula como la diferencia entre la estimación del monto constitutivo menos el saldo acumulado en la cuenta individual de los asegurados.

⁸⁸ De acuerdo con los Artículos 146, 147 y 148 de la Ley del Seguro Social, el financiamiento del Seguro de Invalidez y Vida se integra de manera tripartita por las cuotas de los patrones, los trabajadores y el Gobierno Federal, y les corresponde cubrir 1.75%, 0.625% y 0.125% sobre el salario base de cotización, respectivamente.

Cuadro IV.5.
Resumen de las proyecciones financieras de la valuación actuarial del Seguro de Invalidez y Vida
(millones de pesos de 2016)

Gasto	2017	2018	2019	2020	2030	2040	2050	2060	2070	2080	2090	2100	2110	2116
Pensiones ^{1/}	8,031	9,230	9,769	11,790	33,321	66,099	88,251	107,331	122,097	130,969	143,646	161,486	176,300	182,892
Costo de administración ^{2/}	3,375	3,492	3,608	3,728	5,276	7,291	9,666	10,912	12,096	13,377	14,890	16,475	18,021	18,983
Total del gasto	11,406	12,723	13,377	15,517	38,597	73,390	97,917	118,243	134,193	144,346	158,536	177,961	194,321	201,875

^{1/} Incluye el gasto por sumas aseguradas netas de costo fiscal y el flujo de gasto anual de las pensiones temporales.

^{2/} Se refiere al gasto de administración que se genera por el otorgamiento de las prestaciones en dinero y se integra a partir de los siguientes rubros: servicios de personal, consumos de bienes, mantenimiento, servicios generales, uso de bienes, provisiones (provisiones considera lo siguiente: i) provisiones para obligaciones contractuales, y ii) provisiones de reservas para gastos) y otros gastos: i) intereses financieros; ii) ajustes e incobrabilidades; iii) depreciaciones y amortizaciones, y iv) reversión de cuotas.

Fuente: Dirección de Finanzas, IMSS.

Cuadro IV.6.
Balance actuarial a 100 años del Seguro de Invalidez y Vida, al 31 de diciembre de 2016^{1/}
(millones de pesos de 2016)

Activo			Pasivo		
		VPSF ^{2/} (%)			VPSF ^{2/} (%)
Saldo de la Reserva al 31 de diciembre de 2016 (1) ^{3/}	17,771	0.01	Sumas aseguradas (6) ^{4/}	2,040,415	1.41
			Pensiones temporales (7)	260,444	0.18
Aportaciones futuras de ingresos por cuotas (2)	3,616,646	2.50			
Subtotal (3)=(1)+(2)	3,634,417	2.51			
(Superávit)/Déficit (4)=(9)-(3)	-1,066,847	-0.74	Costo de administración (8)	266,711	0.18
Total (5)=(4)+(3)	2,567,571	1.77	Total (9)=(6)+(7)+(8)	2,567,571	1.77

^{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 2016.

^{4/} El gasto por sumas aseguradas tiene descontado las aportaciones que realiza el Gobierno Federal por pensiones garantizadas.

Fuente: Dirección de Finanzas, IMSS.

Para el escenario de riesgo 1 se realizó el cambio en la tasa de interés de largo plazo del escenario base utilizada en el cálculo de los montos constitutivos, la cual pasa de 3% a 2.5%⁸⁹. Para el escenario de riesgo 2, además del cambio en la tasa para el cálculo de los montos constitutivos, se eliminó para el largo plazo los supuestos de rehabilitación, así como se supone que ningún asegurado aporta a la Subcuenta de Vivienda. La modificación de los supuestos antes señalados tiene un impacto directo en la estimación del gasto por pensiones y de manera específica en las sumas aseguradas.

En el cuadro IV.7 se muestra el resumen del valor presente de los resultados del escenario base y los escenarios de riesgo para el periodo de 100 años. De igual forma se presentan los resultados para el periodo de 50 años, a fin de verificar la situación financiera para un periodo más corto.

La modificación de los supuestos en el rubro por pensiones para el periodo de proyección de 50 años del escenario base respecto al escenario de riesgo 1 presenta un incremento de 6.84% y respecto al escenario de riesgo 2 un incremento de 24.77%.

⁸⁹ Para el escenario base en el año 2017 se utilizó una tasa de 3.7%, la cual va disminuyendo de forma gradual hasta llegar a 3% en el año 2031. Para el escenario de riesgo 1 y de riesgo 2 se supone que la tasa de 3% en el año 2031 disminuye de forma gradual hasta 2.5% en el año 2036 y se mantiene constante para el resto del periodo de proyección.

Cuadro IV.7.
Resultados del escenario base y de los escenarios de sensibilidad de la valuación
actuarial del Seguro de Invalidez y Vida para el periodo 2017-2116
(millones de pesos de 2016)

Gastos	Escenario 50 años de proyección			Escenario 100 años de proyección ^{3/}		
	Base	Riesgo 1	Riesgo 2	Base	Riesgo 1	Riesgo 2
Pensiones ^{1/}	1,289,186	1,377,302	1,608,525	2,300,860	2,476,594	2,912,918
Costo de administración	167,401	167,401	167,401	266,711	266,711	266,711
Total del gasto (a)	1,456,587	1,544,703	1,775,926	2,567,571	2,743,305	3,179,630
Volumen de salarios (b)	91,793,201	91,793,201	91,793,201	144,665,836	144,665,836	144,665,836
Prima media nivelada^{2/} (a/b)x100	1.59	1.68	1.93	1.77	1.90	2.20

^{1/} Incluye el gasto por sumas aseguradas netas de costo fiscal y por el flujo de gasto anual de las pensiones temporales.

^{2/} Es la prima constante en el periodo de proyección que permite captar los recursos suficientes para hacer frente a los gastos del Seguro de Invalidez y Vida.

^{3/} Estos resultados contemplan la proyección hasta la extinción de las obligaciones por pensiones de los asegurados que se encuentran vigentes en el año 100 de proyección.

Fuente: Dirección de Finanzas, IMSS.

El incremento en el gasto por pensiones en el escenario de riesgo 1 impacta en la prima media nivelada en 0.09 puntos de prima, mientras que para el escenario de riesgo 2 la modificación de los supuestos modifica la prima media nivelada en 0.34 puntos de prima.

Para el periodo de proyección de 100 años el gasto por pensiones del escenario base se incrementa respecto al escenario de riesgo 1 en 7.64% y respecto al escenario de riesgo 2 en 26.6%. En cuanto a la prima media nivelada, para el escenario de riesgo 1 aumenta en 0.13 puntos de prima respecto al escenario base y para el escenario de riesgo 2 aumenta en 0.43 puntos de prima respecto al escenario base.

Al comparar la prima nivelada obtenida en la valuación actuarial del escenario base y de los escenarios de sensibilidad con la prima de ingreso establecida en la Ley de 2.5% de los salarios de cotización, se observa que la prima de ingreso es suficiente en el largo plazo para hacer frente a los gastos del Seguro de Invalidez y Vida por prestaciones en dinero y gastos administrativos. No obstante, en el escenario de riesgo 2 el margen de suficiencia que se observa en el balance actuarial se reduce en 57%, por lo que es conveniente dar seguimiento a la evolución

del gasto, así como a las variaciones que se puedan ir dando en los supuestos.

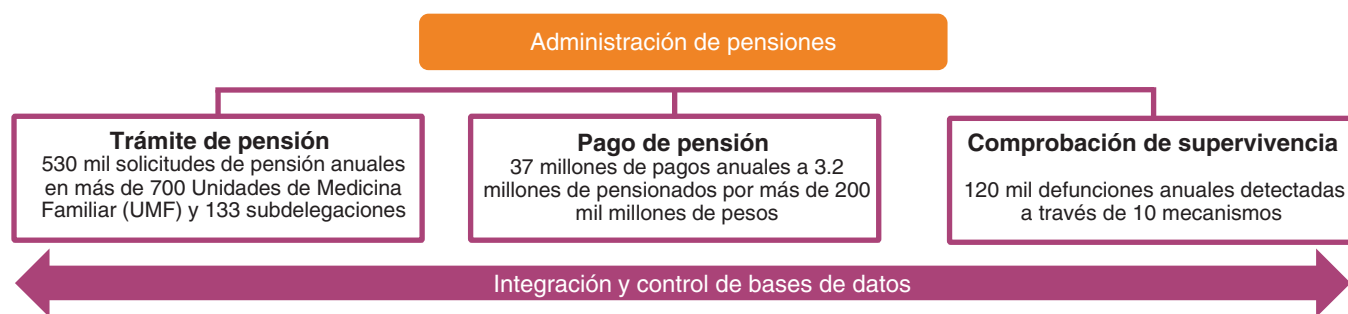
Además hay que tomar en cuenta que los gastos de este seguro no contemplan las prestaciones en dinero por gastos de funeral, subsidios, ni los gastos médicos derivados de enfermedades y accidentes no laborales que eventualmente se generen por el fallecimiento o la invalidez del trabajador.

IV.4. Opciones de política

Como se describió en el Capítulo III Seguro de Riesgos de Trabajo, en el Seguro de Invalidez y Vida la integración de la Coordinación de Salud en el Trabajo a la Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales da la oportunidad de encontrar nuevas formas para mejorar la atención de quienes son el sustento de sus familias: los trabajadores asegurados.

En este sentido y considerando el objetivo de sanear financieramente al Instituto, el Seguro de Invalidez y Vida, así como el Seguro de Riesgos de Trabajo y aquellos seguros que otorgan prestaciones en dinero, son parte de las mejoras continuas que se implementan a los procesos que integran la administración de las pensiones, como se muestra en la gráfica IV.8.

Gráfica IV.8.
Administración de pensiones



Fuente: Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales, IMSS.

Trámite de pensión

Actualmente, los solicitantes de pensión deben atravesar un proceso complejo, realizando hasta cuatro visitas a las ventanillas del IMSS para concluir el trámite.

Ante esta situación, se encuentra en desarrollo un nuevo modelo de solicitud de pensión, que busca simplificar el trámite mediante el uso de servicios digitales como se observa en la gráfica IV.9. Bajo este nuevo modelo, el solicitante podrá iniciar su preparación para el trámite de pensión a través de Internet y concluir el proceso en una sola visita a la ventanilla del IMSS.

En particular, las pensiones derivadas de una enfermedad o accidente iniciarán el proceso para el trámite de pensión desde la valoración médica en los servicios de Salud en el Trabajo.

En complemento a lo anterior, a través del portal del IMSS, se expondrán nuevos servicios digitales para los solicitantes de pensión, con la finalidad de orientarlos y proporcionarles un diagnóstico oportuno de su situación antes de iniciar un trámite:

- Comparar datos entre el IMSS y la AFORE.
- Conocer beneficiarios registrados en el IMSS.
- Simulador de importe de pensión.

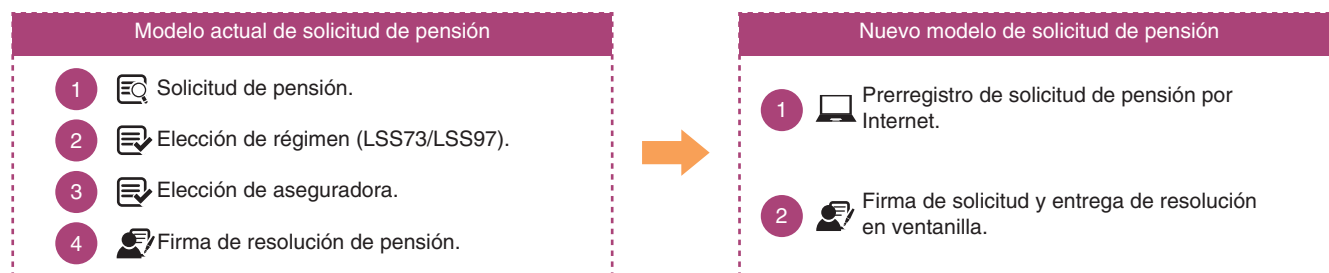
Lo anterior busca mejorar la calidad en la atención al solicitante, al reducir los tiempos de espera y brindar mayor transparencia sobre las etapas del proceso. La liberación del nuevo modelo de solicitud de pensión y los servicios digitales para los solicitantes se realizará durante 2017.

Otra medida implementada en este rubro es promover en las delegaciones del ámbito nacional estrategias de orientación enfocadas a la etapa de elección de régimen y/o aseguradora, de manera racional y consciente, resaltando el beneficio al pensionado, garantizándole su ingreso.

Mejoras en el proceso de dictamen de pensión por enfermedad o accidente

En particular, las pensiones derivadas de una enfermedad o accidente requieren para su otorgamiento el dictamen de un profesional en Medicina del Trabajo, que determine la disminución orgánico-funcional y el porcentaje, en su caso, en que ésta repercute en su capacidad para el trabajo. Asimismo, es necesaria la certificación del derecho para validar los periodos de espera para el Seguro de Invalidez y Vida y el Seguro de Riesgos de Trabajo en términos de la Ley del Seguro Social.

Gráfica IV.9.
Modelo de Solicitud de Pensión



Fuente: Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales, IMSS.

A partir del segundo trimestre de 2017 se realizaron cambios en los procesos de dictaminación y certificación, lo que permitirá disminuir la duración de todo el proceso hasta en 80%, de tal forma que desde la valoración médica, que se realiza por los médicos de Salud en el Trabajo, hasta la emisión de la resolución de pensión podrían llevarse a cabo en un plazo de 21 días hábiles.

Pago de pensiones

En el proceso de pago a los pensionados, también se han implementado diferentes mejoras que tienen como objetivo promover un mayor control y generar eficiencias operativas. Esto, mediante la sustitución de medios de pago tradicionales como el efectivo y los cheques.

En 2010 persistía el pago en efectivo a 148 mil pensionados. Gracias a las acciones de bancarización de pensionados, al mes de abril de 2017 sólo 2,214 pensionados cobraban en efectivo, lo que representa una reducción de 98.5%. Durante el periodo 2010-2016, el porcentaje de pensionados con cuenta bancaria pasó de 92.8% a 99.8%.

Asimismo, a partir de 2012 se habilitó la dispersión de la nómina por medio de un canal estandarizado y centralizado a cargo de la Tesorería de la Federación

que utiliza el Sistema Electrónico de Pagos Interbancarios (SPEI). La dispersión de las pensiones a través de SPEI ha generado un ahorro de por lo menos 129 millones de pesos al año por concepto de comisiones a los bancos.

Por otra parte, en septiembre de 2014 se implementó un mecanismo automatizado para el control de los pagos fuera de nómina, lo que permitió eliminar las chequeras físicas. Particularmente, para la cumplimentación de laudos se implementó la emisión de cheques electrónicos. Entre 2010 y 2016, los pagos fuera de nómina pasaron de 11 mil a 7 mil casos anuales, equivalente a una reducción de 41%.

La sustitución de los medios de pago tradicionales ha permitido ahorros, acompañados de una simplificación administrativa y un mejor control en el ejercicio de los recursos. En una siguiente etapa, el IMSS buscará exponer servicios digitales que permitan a los pensionados conocer el estado y composición de los pagos emitidos a su nombre.

Otra acción implementada en este rubro ha sido informar al asegurado a nivel de ventanilla, al momento de solicitar una pensión, con el propósito de promover la mejor elección (que incluye el Beneficio Adicional Único) al mismo tiempo que se procura que el precio de la renta vitalicia que se pague por parte del

Instituto sea el menor, dentro del marco del Comité del Artículo 81 de la Ley del Sistema de Ahorro para el Retiro.

Integración y control de bases de datos

Los procesos de la administración de pensiones requieren de una correcta integración de las bases de datos de los pensionados, la cual permita vincular los procesos y generar eficiencias.

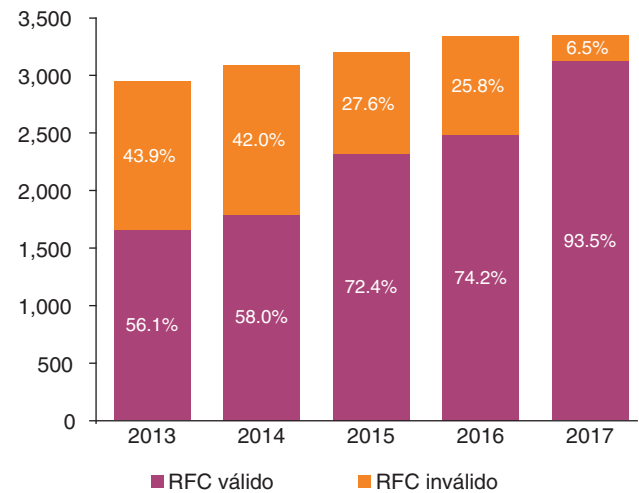
Particularmente, la depuración y limpieza de los datos personales y fiscales de los pensionados tiene un impacto positivo en el seguimiento al pago y la identificación de pensionados fallecidos. En este sentido, el IMSS se ha enfocado en reforzar el registro y validación de dos datos personales básicos: la Clave Única de Registro de Población (CURP) y el Registro Federal de Contribuyentes (RFC).

Respecto a la CURP, en julio de 2015 se puso en marcha el Programa de Actualización de Datos (PAD), que permitió obtener la CURP y corregir inconsistencias de información a más de 600 mil pensionados. Adicionalmente, desde 2014 se han implementado confrontas masivas de información con el Registro Nacional de Población e Identificación Personal (RENAPO) para validar los registros de CURP de los pensionados. Actualmente, 99.5% de los pensionados vigentes cuentan con una CURP validada ante el RENAPO.

Por otra parte, y aprovechando los avances en el registro de CURP, en 2017, en coordinación con el Servicio de Administración Tributaria (SAT) se logró la validación e inscripción del RFC de más de 93.5% de pensionados vigentes (gráfica IV.10).

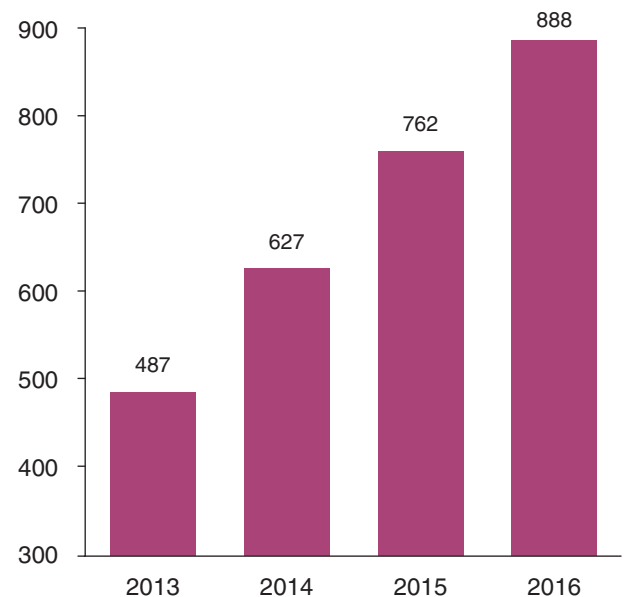
Los esfuerzos para la identificación correcta de los datos personales y fiscales de los pensionados han aumentado la eficiencia en las retenciones del Impuesto Sobre la Renta (ISR) (gráfica IV.11). Sin

Gráfica IV.10.
Casos de Registro Federal de Contribuyentes válidos e inválidos, 2013-2017
(miles y porcentaje)



Fuente: Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales, IMSS.

Gráfica IV.11.
Importe retenido por Impuesto sobre la Renta, 2013-2016
(millones de pesos)



Fuente: Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales, IMSS.

embargo, la retención de este impuesto es sólo una de las actividades en las que el control de las bases de datos genera beneficios. El IMSS, al contar con bases de datos estandarizadas y consistentes, tiene la oportunidad de promover nuevos servicios, simplificar trámites e integrarse a un nuevo modelo de interoperabilidad entre las dependencias de la Administración Pública Federal.

Comprobación de supervivencia

Hasta 2015, los pensionados debían acudir 2 veces por año a las ventanillas del IMSS para comprobar su supervivencia, lo que se tradujo en más de 6 millones de visitas en ese año.

Si bien, desde 2015 existían mecanismos no presenciales para la detección del fallecimiento de los pensionados, el IMSS no contaba con la información necesaria para realizar confrontas de información que permitieran una detección oportuna.

Las acciones de limpieza y depuración de las bases de datos personales de los pensionados, fueron la base para eliminar el requisito de comprobación de supervivencia presencial y sustituirlo por confrontas masivas de información para la detección de fallecimientos. Al cierre de 2016, 99% de la población pensionada contaba con el beneficio de no comprobar supervivencia de forma presencial.

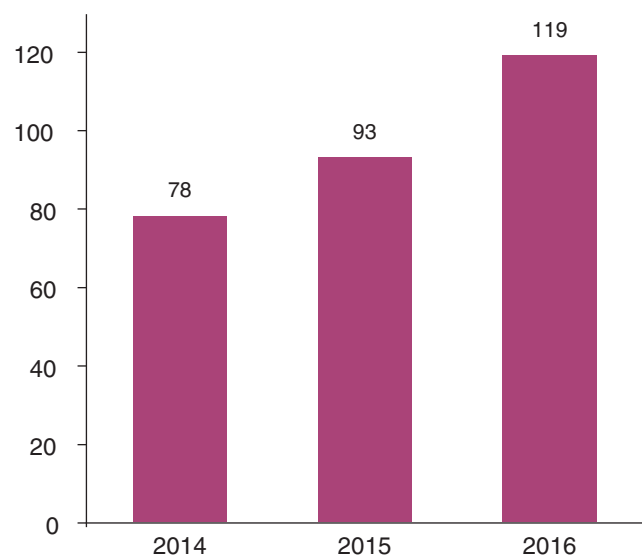
Actualmente, se trabaja de la mano con la Secretaría de Desarrollo Social, la Secretaría de Salud, el RENAPO y los Registros Civiles para ampliar y mejorar los canales de identificación de fallecimientos y la oportunidad con la que se detectan.

Derivado de estas acciones para la confronta de información sobre defunciones, en 2016 se registraron 119,224 fallecimientos comprobados, como se observa en la gráfica IV.12, lo que representó un incremento de 52% respecto de 2014.

En los próximos años, se espera establecer mecanismos de colaboración con otras instituciones de seguridad social, aseguradoras, hospitales privados, entre otros, que permitan determinar la vida o el fallecimiento de los pensionados.

Por otra parte, en 2016 el IMSS y la Secretaría de Relaciones Exteriores (SRE) suscribieron un Convenio de Colaboración con el propósito de reforzar el trabajo conjunto de ambas dependencias, particularmente para simplificar el proceso de comprobación de supervivencia de los pensionados que residen en el extranjero. Esto, mediante el uso de medios electrónicos (en sustitución del envío físico de certificados por valija diplomática).

Gráfica IV.12.
Fallecimientos de pensionados por año, 2014-2016
(miles de casos)



Fuente: Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales, IMSS.

El nuevo proceso comenzó a operar el 1° de febrero de 2017 y permite a las 146 oficinas consulares de México en el extranjero realizar la comprobación de supervivencia electrónica, a los 10 mil pensionados que radican en más de 50 países (70% de los pensionados se encuentran en Estados Unidos). Entre sus beneficios destaca que se redujo el tiempo de respuesta a los pensionados y aumentó la transparencia y certeza sobre la continuidad del pago a la población pensionada.

Todas estas acciones van encaminadas a mejorar la atención a los pensionados y hacer un uso eficiente de los recursos, mediante la mejora en la identificación de los pensionados que continúan con vida o han fallecido.

Con el aumento de la población pensionada, la administración de las pensiones se convierte en uno de los retos más importantes para el IMSS. Sin embargo, existe una agenda tecnológica y operativa que permitirá cumplir con la creciente demanda de trámites y servicios, a la vez que se mejora la atención y se generan ahorros.



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 maternidad (cuadro V.1)⁹⁰.

Todas las acciones que se presentan en este capítulo están orientadas a incrementar la calidad y calidez de los servicios médicos, así como a sanear financieramente al Instituto, contribuyendo a la continuidad en la ampliación de la cobertura de servicios médicos en la presente Administración.

La situación financiera de este seguro al 31 de diciembre de 2016 se analiza en la sección V.1, a través del estado de actividades.

La sección V.2 muestra las mejoras en productividad y eficiencia, así como la manera en que se ha mantenido el acceso a los servicios de salud, mejorando la productividad sin un incremento significativo de los costos. El otorgamiento de servicios en salud en esta Administración ha tenido un incremento comparado con el periodo 2009-2012; egresos hospitalarios, el número de cirugías, trasplantes, prescripción razonada de estudios y recetas también son mayores. Además, se han elevado los principales indicadores de acceso y satisfacción de los derechohabientes, lo que demuestra que es posible mejorar la calidad de la atención y, al mismo tiempo, contener el gasto simplificando y reordenando los procesos.

⁹⁰ Ley del Seguro Social, Artículo 84.

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 y 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.

La sección V.3 presenta las proyecciones de ingresos y gastos para el periodo 2017-2050, 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 2017 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 (AVISA) 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 ello, 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 2 grandes objetivos en el Seguro de Enfermedades y Maternidad: i) mejorar la gestión de la atención en todos los niveles, para 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 4 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: 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 6 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 de próstata.

Considerando lo anterior, en el último año el Instituto se ha enfocado en desarrollar y fortalecer 4 acciones: i) una estrategia 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; este plan 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 el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología, la Alianza Médica para la Salud y la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios, entre otros, que han promovido la educación y 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 atención a los derechohabientes, al tiempo que se fortalecen las finanzas del Instituto.

V.1. Estado de actividades

Con base en el Artículo 277 E de la Ley del Seguro Social, el cuadro V.2 presenta el estado de actividades del Seguro de Enfermedades y Maternidad para el ejercicio 2016 considerando 2 escenarios para el reconocimiento del costo neto del periodo del Régimen de Jubilaciones y Pensiones: i) con registro parcial, mismo que se refiere a los pagos realizados por concepto del Régimen de Jubilaciones, Pensiones y Prima de Antigüedad, y ii) con registro total. El resultado del ejercicio de este seguro fue equivalente a un déficit de operación de 48,060 millones de pesos con el registro parcial del costo neto del periodo de las obligaciones laborales del Instituto, y de 1,507,453 millones de pesos con el efecto del reconocimiento total de las obligaciones.

Cuadro V.2.
Estado de actividades del Seguro de Enfermedades
y Maternidad, al 31 de diciembre de 2016
(millones de pesos corrientes^{1/})

Concepto	Con registro parcial	Con registro total
	Costo neto del periodo	Costo neto del periodo
Ingresos y otros beneficios		
Ingresos de la gestión		
Cuotas y aportaciones de seguridad social	240,782	240,782
Ingresos por venta de bienes y servicios		
Ingresos por venta de bienes y servicios de organismos descentralizados	951	951
Otros ingresos y beneficios		
Ingresos financieros		
Intereses ganados de valores, créditos, bonos	2,746	2,746
Otros ingresos y beneficios varios ^{2/}	8,152	7,156
Total de ingresos	252,632	251,637
Gastos y otras pérdidas		
Gastos de funcionamiento		
Servicios de personal ^{2/}	150,192	145,191
Materiales y suministros	47,632	47,632
Servicios generales y subrogación de servicios	21,041	21,041
Otros gastos y pérdidas		
Subsidios	11,553	11,553
Estimaciones, depreciaciones y deterioro	5,833	5,833
Otros gastos	4,252	4,252
Pagos a pensionados y jubilados IMSS ^{2/}	60,188	64,193
Costo por beneficios a empleados (RJP) ^{3/}	-	1,459,394
Total de gastos	300,692	1,759,090
Resultado del ejercicio	-48,060	-1,507,453

^{1/} Los totales pueden no coincidir debido al redondeo de cifras.

^{2/} En el rubro de Otros ingresos y beneficios varios con registro total no se consideran 996 millones de pesos, por la recuperación de la nómina de jubilados del Programa IMSS-PROSPERA, ya que se incluye en el rubro de Pagos a pensionados y jubilados IMSS; asimismo, en el rubro de Servicios de personal con registro total no se consideran 5,001 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.

^{3/} El costo neto del periodo determinado por el despacho externo AON México, Business Support, S. A. de C. V. 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, la determinación del costo neto de 2016 para Régimen de Jubilaciones y Pensiones y Prima de Antigüedad e Indemnizaciones en favor de los Trabajadores del Instituto Mexicano del Seguro Social, se realizó considerando la transición a la nueva NIF D-3 "Beneficios a los Empleados" y las Mejoras 2017, con lo que se elimina el factor de reconocimiento gradual de las partidas pendientes de amortizar en el cargo a resultados y se incorpora el reconocimiento inmediato del saldo pendiente de amortizar, por lo que para este seguro se realizó una asignación de 1'523,587 millones de pesos.

Fuente: Dirección de Finanzas, IMSS, a partir de los Estados Financieros dictaminados al 31 de diciembre de 2016 y 2015, 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 2016 y Proyecciones para 2017.

V.2. Producción, productividad y acceso de los servicios médicos

El IMSS ha mantenido el acceso, calidad y calidez de los servicios médicos al mismo tiempo que ha saneado sus finanzas. Los cuadros V.3 y V.4 muestran el incremento en la prestación de servicios médicos, así como los impactos en el acceso 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 2013-2016.

En las acciones preventivas, con el programa de PrevenIMSS se atendió a 31 millones de personas en 2016. En el periodo 2013-2016 se realizaron 7.1 millones de chequeos más que en el año anterior. Durante la presente Administración federal, 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 [OMS]), lo que ha permitido mantener erradicadas o controladas las enfermedades prevenibles mediante esta estrategia. Asimismo, durante la temporada invernal 2015-2016 se aplicaron 11.2 millones de dosis de vacuna anti influenza estacional, lo que representó 98.8% de la meta programada. Para la temporada 2016-2017 se

Cuadro V.3.
Comparación de indicadores de producción, productividad y desempeño de los servicios médicos, 2009-2012 vs. 2013-2016
(promedios anuales)

Concepto	2009-2012	2013-2016
Prevención		
Chequeos anuales PREVENIMSS (millones)	22.7	29.8
Vacunación (cobertura en menores de un año)	95.2	96.0
Detección cáncer de mama con mastografía ^{1/} (millones)	0.8	1.2
Detección cáncer cérvico-uterino ^{2/} (millones)	2.8	3.0
Servicios Otorgados		
Consultas Unidades de Medicina Familiar en primer nivel de atención ^{3/} (millones)	86.2	87.3
Consultas Especialidades en segundo y tercer niveles de atención (millones)	19.0	19.9
Promedio de consultas de atención prenatal (promedio por embarazada)	7.6	8.0
Urgencias atendidas (millones)	17.9	21.0
Egresos hospitalarios (millones)	1.97	2.01
Intervenciones quirúrgicas (millones)	1.48	1.49
Trasplantes realizados ^{4/} (miles)	1.89	2.58
Recetas totales atendidas (millones)	150.7	183.5
Estudios de laboratorio ^{5/} (millones)	177.1	179.2
Radiodiagnóstico ^{5/} (millones)	13.3	14.7
Auxiliares de diagnóstico ^{5/} (millones)	9.5	10.7

^{1/} 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/} 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.

Fuentes: 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).

Cuadro V.4.
Comparación de indicadores de desempeño de
los servicios médicos, 2009-2012 vs. 2013-2016

Indicadores de desempeño y de impacto en salud	2009-2012	2013-2016
% de espera menor a 30 minutos para una consulta de Medicina Familiar	95.3	96.3
% de espera menor a 20 días para programación de cirugía	91.0	91.7
% de pacientes con estancia prolongada en el área de Observación de Urgencias	33.5	32.3

Fuentes: 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).

han aplicado 10.7 millones de dosis, con un logro de 99% de la meta comprometida con el Consejo Nacional de Vacunación. La detección de cáncer de la mujer (mediante mastografía y Papanicolaou vaginal) se incrementó entre el periodo 2009-2012 y el periodo 2013-2016, en 400 mil mujeres por año para cáncer de mama y en 200 mil para cáncer cérvico-uterino, logrando realizar 1.2 millones de detecciones de cáncer de mama con mastografías y 3 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 en comparación con el periodo 2009-2012. La Consulta Externa aumentó significativamente en los 3 niveles de atención; en el primer nivel se otorgaron 87.3 millones de consultas por año, más de 1 millón de consultas adicionales por año en comparación con el periodo anterior. Los servicios de Consulta Externa de especialidad en hospitales de segundo y tercer niveles aumentaron casi 1 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 2013-2016 fueron hospitalizados 2 millones de derechohabientes y fueron intervenidos quirúrgicamente cerca de 1.5 millones por año. El número de trasplantes se incrementó cerca de 36.5% comparando los 2 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 en 2016 llegaron a más de 197 millones, lo que significó un incremento de 10%, comparado con el periodo anterior. El número de estudios de radiodiagnóstico se aproximó a los 15 millones y los otros auxiliares de diagnóstico fueron 10.7 millones, lo que representa incrementos de 10.5 y 12.6%, respectivamente, en comparación con el periodo 2019-2012.

El cuadro V.4 muestra que el acceso de los derechohabientes a los servicios de salud se ha mejorado o mantenido, situación que se refleja en la satisfacción de los pacientes⁹¹.

⁹¹ Para mayores referencias se sugiere consultar los levantamientos de la Encuesta Nacional de Satisfacción a Derechohabientes Usuarios de Servicios Médicos, que tiene como objetivo central conocer el nivel de satisfacción de los usuarios con los servicios médicos de los 3 niveles de atención que presta el IMSS. Esta encuesta se realiza 2 veces al año y cuenta con el aval de Transparencia Mexicana, A. C. en su diseño metodológico. Los principales resultados, referencias sobre la metodología, cuestionarios y bases de datos están disponibles en <http://www.imss.gob.mx/encuesta-nacional/sistema-integral-de-medicion-de-la-satisfaccion-de-usuarios>

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 96.3% mientras que el porcentaje de pacientes que esperan menos de 20 días para programación de cirugía se mantuvo en 91%. El porcentaje de pacientes con estancia de más de 8 horas en Observación de Urgencias fue de 32.3%, porcentaje que aún debe mejorarse para acercarnos a la meta institucional de 30%.

Con el programa de cirugía en fines de semana, de abril a diciembre de 2016 se otorgaron 38,880 consultas y se realizaron 5,614 cirugías de Traumatología y Ortopedia (cuadro V.5), con lo que se utilizaron de manera eficiente los quirófanos, se acortó el tiempo de espera para la consulta de la especialidad de 90 a 7 días en promedio y la cirugía se realizó dentro de los 10 días siguientes a la programación, para lo cual se contó con el apoyo del Sindicato Nacional de Trabajadores del Seguro Social y de cirujanos recién egresados, apoyados con médicos de mayor experiencia.

Cuadro V.5.
Productividad del programa para abatir el diferimiento en cirugía de Traumatología y Ortopedia, 2016

Mes	Consultas otorgadas	Cirugías realizadas
Abril	1,289	340
Mayo	3,827	613
Junio	4,701	620
Julio	4,615	838
Agosto	6,227	646
Septiembre	4,542	646
Octubre	5,064	771
Noviembre	4,865	615
Diciembre	3,750	525
Total	38,880	5,614

Fuente: Dirección de Prestaciones Médicas, IMSS.

Los resultados anteriores muestran la manera en que el IMSS continúa otorgando, con calidad y oportunidad, los servicios que la población necesita, así como las mejoras en la eficiencia. El reto de los servicios de salud para los siguientes años continuará siendo evitar que la población enferme y, cuando esto suceda, contribuir a que se restablezca su salud en el menor tiempo posible; en los casos de enfermos crónicos, mantener 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 enfermedades y el control de 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 muestra la situación financiera esperada en el Seguro de Enfermedades y Maternidad para el periodo 2017-2050, y se determina su viabilidad mediante la estimación de la suficiencia de sus primas de financiamiento. Este análisis financiero se realiza tanto para el Seguro total como para la Cobertura de Asegurados y la Cobertura de Gastos Médicos de Pensionados.

La estimación de la situación financiera global del Instituto que se presenta en las proyecciones financieras de corto y largo plazos del Capítulo I constituye el punto de partida para calcular las proyecciones correspondientes a este Seguro. Además, se incluyen variables específicas que influyen en el comportamiento de los ingresos y los gastos de cada cobertura de aseguramiento, entre las cuales están la dinámica poblacional y el otorgamiento de los servicios médicos como: medicamentos, materiales de curación, estudios de laboratorio, servicios terapéuticos subrogados (diálisis y hemodiálisis), entre otros.

Asimismo, las proyecciones estimadas para cada cobertura de este Seguro recogen el efecto epidemiológico del incremento en la prevalencia de las enfermedades crónico-degenerativas, de alto costo para el Instituto, que se observa en la población derechohabiente del IMSS. Lo anterior, aunado a una expectativa de crecimiento acelerado en la afiliación de asegurados trabajadores.

Para medir la suficiencia financiera del Seguro, se realiza un análisis sobre las primas de contribución tripartitas necesarias para hacer frente a los gastos proyectados, y se muestra la estimación de las primas de contribución⁹², las de reparto⁹³, así como de la prima media nivelada o de equilibrio⁹⁴ resultantes.

En las secciones V.3.1, V.3.2 y V.3.3 se presentan los resultados de las proyecciones de ingresos y gastos del Seguro de Enfermedades y Maternidad; así como, de la Cobertura de Asegurados Activos y de la Cobertura de Gastos Médicos de Pensionados.

V.3.1. Seguro de Enfermedades y Maternidad

En el cuadro V.6 se presentan los resultados de la proyección financiera del Seguro de Enfermedades y Maternidad, incluyendo sus 2 coberturas, para el periodo de 2017 a 2050. De dichos resultados se desprende que:

- Al cierre de 2017 se calcula que los ingresos del seguro ascenderán a 261 mil millones de pesos, de los cuales 97% corresponden a cuotas obrero-patronales y aportaciones del Gobierno Federal; se estima que en el periodo 2017-2050 estos ingresos tendrán un crecimiento sostenido promedio anual de 2.4%.
- Los gastos del seguro superan a los ingresos en 27% en promedio anual, durante todo el periodo proyectado, estos se incrementarán a una tasa anual promedio de 2.8%.
- El déficit esperado en 2017 asciende a 58,026 millones de pesos, lo que representa 22% de los ingresos; se espera que éste alcanzará a representar 41% de los mismos en 2050.

La prima de contribución actual del seguro pasará de 12.2% del salario base de cotización en 2017 a 11.5% en 2050. La razón de esta disminución se debe al esquema de financiamiento de las cuotas por prestaciones en especie de la cobertura de asegurados, la cual está indexada en su mayor parte a la Unidad de Medida y Actualización (UMA)⁹⁵.

Las estimaciones indican que para lograr el equilibrio financiero en el Seguro de Enfermedades y Maternidad la prima media nivelada en el periodo es de 15.6% de los salarios de cotización. En la gráfica V.1 se detalla el comportamiento de cada una de las primas mencionadas.

⁹² Esta prima constituye una referencia para mostrar la situación de los ingresos de este seguro en términos del salario base de cotización de los trabajadores asegurados, con base en el régimen financiero del Seguro de Enfermedades y Maternidad definido en la Ley del Seguro Social, la cual considera contribuciones que no están vinculadas con el salario base de cotización.

⁹³ En esta prima se expresan las aportaciones tripartitas, expresadas en porcentaje del salario base de cotización de los trabajadores asegurados, necesarias para hacer frente a los gastos del seguro en cada año de proyección.

⁹⁴ Las primas de equilibrio se refieren a las aportaciones tripartitas, expresadas en porcentaje de salario base de cotización, necesarias y suficientes para garantizar que los ingresos puedan hacer frente a los gastos del seguro previstos en todo el periodo de proyección analizado.

⁹⁵ El 27 de enero de 2016 se publicó en el Diario Oficial de la Federación el Decreto por el que se declara reformadas y adicionadas diversas disposiciones de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en materia de desindexación del salario mínimo.

Cuadro V.6.
Presupuesto 2017, cierre estimado 2017 y proyección 2018-2050 de ingresos,
gastos y resultados del Seguro de Enfermedades y Maternidad
(millones de pesos de 2017)

Concepto	2017		2018	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050
	Presupuesto	Cierre estimado								
Ingresos										
Cuotas obrero-patronales	171,843	173,337	177,671	187,787	218,301	251,810	287,323	323,246	356,612	383,700
Aportación del Gobierno Federal	81,132	81,132	83,826	88,724	103,521	118,647	134,523	150,400	164,919	176,400
Otros ^{1/}	5,070	6,581	7,878	6,859	6,115	7,059	7,853	8,429	8,788	8,870
Ingresos totales	258,045	261,049	269,376	283,369	327,937	377,516	429,699	482,075	530,319	568,969
Gastos										
Corriente ^{2/}	234,819	231,002	236,508	249,940	281,367	340,959	411,318	492,838	587,319	694,011
Prestaciones económicas ^{3/}	82,516	81,688	86,069	94,175	109,511	120,472	127,909	124,317	116,788	103,524
Inversión física	7,071	6,386	6,687	6,241	5,269	5,269	5,269	5,269	5,269	5,269
Gastos totales	324,406	319,076	329,264	350,357	396,147	466,700	544,497	622,424	709,376	802,803
Resultado financiero	-66,361	-58,026	-59,888	-66,987	-68,209	-89,184	-114,798	-140,350	-179,057	-233,834
Primas (% del salario base de cotización)^{4/}										
De contribución (PC)	12.2	12.2	12.2	12.2	12.2	12.1	11.9	11.8	11.7	11.5
De reparto (PR)	15.7	15.3	15.4	15.5	15.1	15.3	15.5	15.6	15.9	16.6
Media nivelada (PMN)	15.6	15.6	15.6	15.6	15.6	15.6	15.6	15.6	15.6	15.6
Diferencia (PMN-PC)	3.3	3.4	3.3	3.3	3.3	3.5	3.6	3.8	3.9	4.0

^{1/} Incluye: otros ingresos, productos financieros de las reservas, recuperación adeudo RJP IMSS-PROSPERA y aportaciones de los trabajadores al fondo de jubilación.

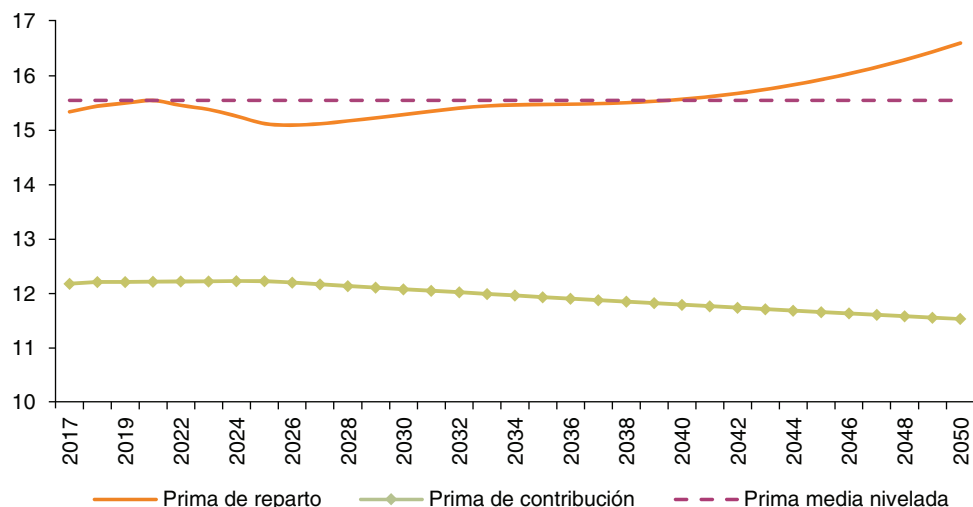
^{2/} Incluye el gasto en: servicios de personal, materiales y suministros y servicios generales.

^{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 con base en el régimen financiero definido en la Ley del Seguro Social; 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.1.
Prima de reparto, de contribución y media nivelada
del Seguro de Enfermedades y Maternidad, 2017-2050
(percentaje del salario base de cotización)



Fuente: Dirección de Finanzas, IMSS.

V.3.2. Seguro de Enfermedades y Maternidad-Asegurados

En el cuadro V.7 se presentan los resultados de la situación financiera de la Cobertura de Asegurados, sin considerar a los pensionados, de donde se infiere que:

- Los ingresos previstos para esta cobertura crecerán a un ritmo promedio anual de 2.4%, pasando de casi 228 mil millones de pesos en 2017 hasta alcanzar 493 mil millones de pesos en 2050.

- Los gastos aumentarán en 2.9% en promedio en cada año.
- La relación de suficiencia de los ingresos respecto a los gastos pasará de representar 97% en 2017 a 80% en 2050.

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, representa 10.7% del

Cuadro V.7.
Presupuesto 2017, cierre estimado 2017 y proyección 2018-2050 de ingresos, gastos y resultados del Seguro de Enfermedades y Maternidad, cobertura de asegurados
(millones de pesos de 2017)

Concepto	2017		2018	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050
	Presupuesto	Cierre estimado								
Ingresos										
Cuotas obrero-patronales	141,490	142,720	146,289	154,618	179,742	206,874	235,529	264,400	291,068	312,523
Aportación del Gobierno Federal	79,479	79,479	82,119	86,917	101,413	116,230	131,783	147,337	161,560	172,807
Otros ^{1/}	4,143	5,616	6,881	5,840	4,973	5,739	6,392	6,878	7,194	7,290
Ingresos totales	225,113	227,815	235,289	247,375	286,128	328,843	373,705	418,614	459,823	492,620
Gastos										
Corriente ^{2/}	178,507	163,917	168,194	179,018	203,340	250,988	306,950	373,393	450,000	536,303
Prestaciones económicas ^{3/}	65,750	64,921	68,996	76,450	90,009	98,763	103,638	97,600	87,526	71,554
Inversión física	7,071	6,386	6,687	6,241	5,269	5,269	5,269	5,269	5,269	5,269
Gastos totales	251,328	235,224	243,876	261,709	298,618	355,019	415,857	476,262	542,795	613,126
Resultado financiero	-26,215	-7,409	-8,587	-14,334	-12,490	-26,177	-42,153	-57,647	-82,972	-120,506
Primas (% del salario base de cotización)^{4/}										
De contribución (PC)	10.7	10.7	10.7	10.7	10.7	10.6	10.4	10.3	10.2	10.0
De reparto (PR)	12.2	11.3	11.4	11.6	11.4	11.6	11.8	11.9	12.2	12.7
Media nivelada (PMN)	11.8	11.8	11.8	11.8	11.8	11.8	11.8	11.8	11.8	11.8
Diferencia (PMN-PC)	1.1	1.1	1.1	1.1	1.1	1.2	1.4	1.5	1.6	1.8

^{1/} Incluye: otros ingresos, productos financieros de las reservas, recuperación adeudo RJP IMSS-PROSPERA 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, calculadas con base en el régimen financiero definido en la Ley del Seguro Social y 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.

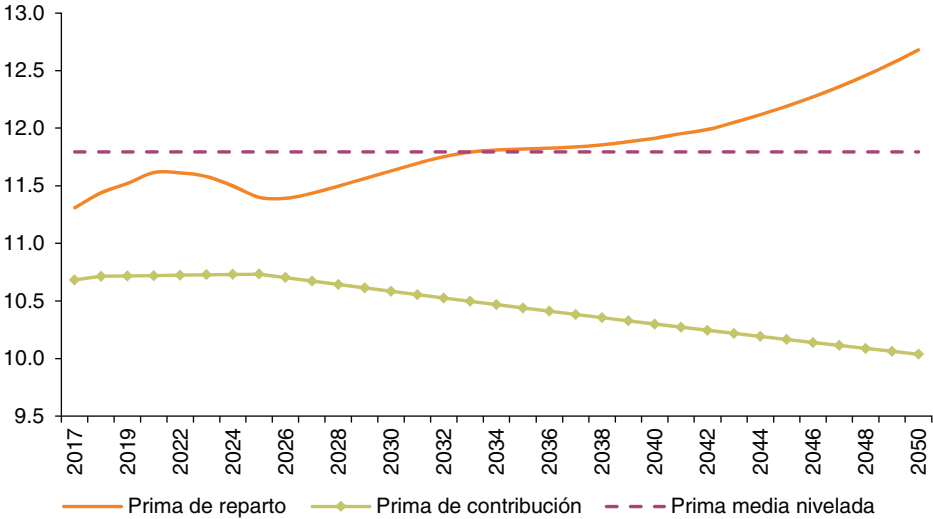
Fuente: Dirección de Finanzas, IMSS.

salario base de cotización⁹⁶. Esta prima disminuirá, hasta llegar a 10% del salario base de cotización en 2050. Lo anterior se explica por el esquema de financiamiento de esta cobertura, el cual está indexado principalmente a la Unidad de Medida y Actualización, cuyo crecimiento real es nulo.

La prima media nivelada necesaria para cubrir el déficit financiero de esta cobertura durante el periodo 2017-2050 es de 11.8% del salario base de cotización. La prima de reparto se estima en 11.3% en 2017 y en 12.7% para el año 2050. Al cierre de 2017, se calcula una diferencia de 0.6 puntos porcentuales de la prima de reparto respecto a la prima de contribución (gráfica V.2).

Como se señaló en el Capítulo II, en 2016 se realizó el proceso de depuración en la asignación de Números de Seguridad Social a la población de estudiantes afiliados bajo el esquema del Seguro Facultativo. Con lo anterior se tiene un mayor control de registros, lo que permite dar seguimiento a la población de estudiantes usuaria de los servicios médicos. Dada la estructura demográfica y las actividades de este grupo poblacional, la presencia de enfermedades en la misma es baja; no obstante, está expuesta a riesgos tales como: accidentes, adicciones, y embarazos de alto riesgo.

Gráfica V.2.
Prima de reparto, de contribución y media nivelada del Seguro de Enfermedades y Maternidad-Asegurados, 2017-2050
 (porcentaje del salario base de cotización)



Fuente: Dirección de Finanzas, IMSS.

⁹⁶ La Ley del Seguro Social define para el Seguro de Enfermedades y Maternidad un esquema de financiamiento para las prestaciones en especie y en dinero integrado por varios componentes: i) una cuota fija patronal de 20.4% de un salario mínimo general vigente en la Ciudad de México; ii) una cuota obrero-patronal de 1.5% aplicable a la diferencia del salario base de cotización menos 3 salarios mínimos generales vigentes en la Ciudad de México, y iii) una cuota fija a cargo del Gobierno Federal de 13.9% de un salario mínimo general vigente en la Ciudad de México en julio de 1997, la cual, desde esa fecha, se ha ido indexando trimestralmente con la inflación. 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.

En este sentido, se estima que el gasto que ejerció este grupo de asegurados en 2016 asciende a 4,613 millones de pesos, de los cuales 60% corresponde a la atención médica que se brindó a las estudiantes mujeres.

Comparado con los otros tipos de aseguramiento, este grupo fue el menos propenso a usar el servicio de hospitalización en 2016, solamente 0.68% de su Población Adscrita a Unidad de Medicina Familiar tuvo al menos un egreso hospitalario. Este porcentaje es significativamente inferior a los demás tipos de aseguramiento que oscilan entre 4.2% y 7.2%.

En cuanto a la clasificación de los diagnósticos atendidos en hospitalización, la diferencia más notable entre los pertenecientes al Seguro Facultativo y otros asegurados se presenta en la Categoría de Diagnóstico Mayor denominada “Embarazo, Parto y Puerperio”, pues aunque en ambos grupos el mayor porcentaje de egresos se concentran en esta categoría, el porcentaje es significativamente superior en el caso de los estudiantes (39.1% vs. 28.4%), lo que explica porqué la mayor parte del gasto se concentra en las mujeres.

V.3.3. Gastos Médicos de Pensionados

La situación financiera de la cobertura de Gastos Médicos de Pensionados del Seguro de Enfermedades y Maternidad está vinculada con el proceso de envejecimiento de la población derechohabiente y de la transición epidemiológica. Al mismo tiempo que la relación de trabajadores activos respecto a los pensionados disminuye, la demanda de los servicios de salud de la población que envejece se incrementa, y se requiere atención médica más compleja, de mayor costo y con mayor frecuencia.

En el cuadro V.8 se muestran los resultados de la proyección de ingresos, gastos y déficit de esta

cobertura, además de sus correspondientes primas de financiamiento. De dichos resultados se observa que:

- Los gastos se incrementarán a una tasa de 2.5% en promedio en cada año.
- En promedio anual, se espera que los ingresos representen 42% de los gastos.

La prima de contribución de 1.5% del salario base de cotización establecida en la Ley del Seguro Social no es suficiente para solventar los gastos derivados de la atención médica de los pensionados. Las proyecciones muestran que la prima de reparto que se requiere en 2017 es de 4% del salario base de cotización y para 2050 será de 3.9%. Para el periodo 2017-2050 la prima media nivelada que se calcula es de 3.8% del salario base de cotización (gráfica V.3).

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 tasa promedio de 4.4% por año hasta alcanzar 233,831 millones de pesos en 2050 (cuadro V.9). En valor presente, este déficit asciende a 1.9 billones de pesos para el periodo de proyección 2017-2050.

V.4. Necesidades de salud de la población derechohabiente

Con la finalidad de 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,

Cuadro V.8.
Presupuesto 2017, cierre estimado 2017 y proyección 2018-2050 de ingresos,
gastos y resultados de la cobertura de Gastos Médicos de Pensionados
(millones de pesos de 2017)

Concepto	2017		2018	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050
	Presupuesto	Cierre estimado								
Ingresos										
Cuotas obrero-patronales	30,353	30,617	31,383	33,169	38,559	44,936	51,793	58,846	65,543	71,176
Aportación del Gobierno Federal	1,652	1,652	1,707	1,807	2,108	2,416	2,740	3,063	3,359	3,593
Otros ^{1/}	927	965	998	1,018	1,142	1,320	1,461	1,551	1,594	1,580
Ingresos totales	32,932	33,234	34,088	35,994	41,810	48,673	55,994	63,460	70,496	76,349
Gastos										
Corriente ^{2/}	56,311	67,085	68,315	70,922	78,027	89,971	104,369	119,445	137,319	157,707
Prestaciones económicas ^{3/}	16,767	16,767	17,074	17,726	19,501	21,710	24,271	26,718	29,262	31,969
Inversión física	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Gastos totales	73,078	83,852	85,389	88,648	97,529	111,680	128,639	146,163	166,581	189,677
Resultado financiero	-40,146	-50,618	-51,301	-52,654	-55,719	-63,007	-72,645	-82,703	-96,085	-113,327
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)	3.5	4.0	4.0	3.9	3.7	3.7	3.7	3.7	3.7	3.9
Media nivelada (PMN)	3.7	3.8	3.8	3.8	3.8	3.8	3.8	3.8	3.8	3.8
Diferencia (PMN-PC)	2.2	2.3	2.3	2.3	2.3	2.3	2.3	2.3	2.3	2.3

^{1/} Incluye: otros ingresos, productos financieros de las reservas, recuperación adeudo RJP IMSS-PROSPERA y aportaciones de los trabajadores al fondo de jubilación.

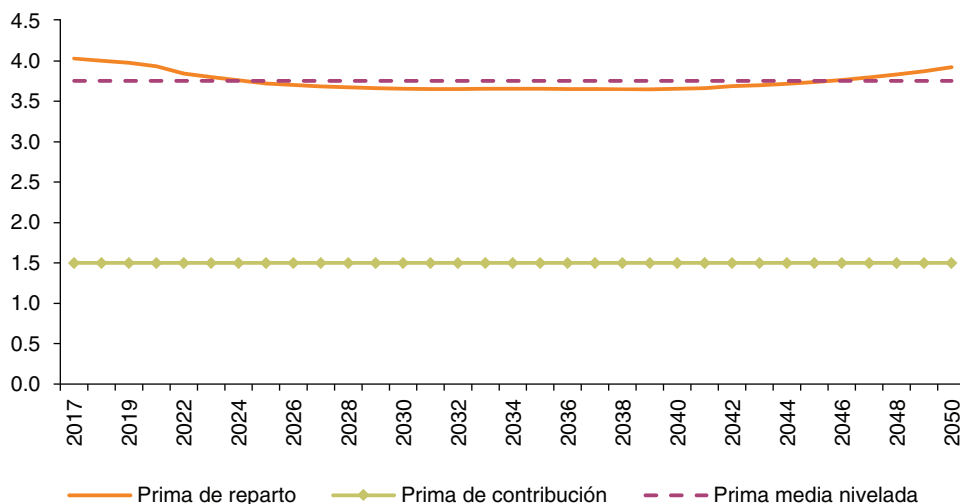
^{2/} Incluye el gasto en: servicios de personal, materiales y suministros y servicios generales.

^{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, calculadas con base en el régimen financiero definido en la Ley del Seguro Social y 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, 2017-2050



Fuente: Dirección de Finanzas, IMSS.

Cuadro V.9.
Cierre 2016 y proyección 2018-2050 del déficit
financiero del Seguro de Enfermedades y Maternidad
y de sus coberturas^{1/}
(millones de pesos de 2017)

Año	Asegurados	Gastos	
		Médicos de Pensionados	Total
2017	4,195	49,693	53,888
2020	12,040	51,675	63,715
2025	10,900	54,643	65,543
2030	25,569	61,809	87,379
2035	42,344	71,306	113,650
2040	58,394	81,228	139,622
2045	84,413	94,470	178,884
2050	122,268	111,563	233,831
Valor presente^{2/}			
10 años	88,955	435,643	524,597
20 años	264,362	814,757	1,079,119
30 años	537,777	1,169,182	1,706,959
34 años	681,206	1,307,674	1,988,880

^{1/} El resultado financiero global del Seguro de Enfermedades y Maternidad considera el flujo de gasto que comprende a las operaciones recuperables para el periodo proyectado.

^{2/} Calculado con una tasa de descuento de 3.5% real.

Fuente: Dirección de Finanzas, IMSS.

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.

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, diabetes mellitus, desórdenes mentales y del comportamiento, lesiones no intencionales, neoplasias malignas

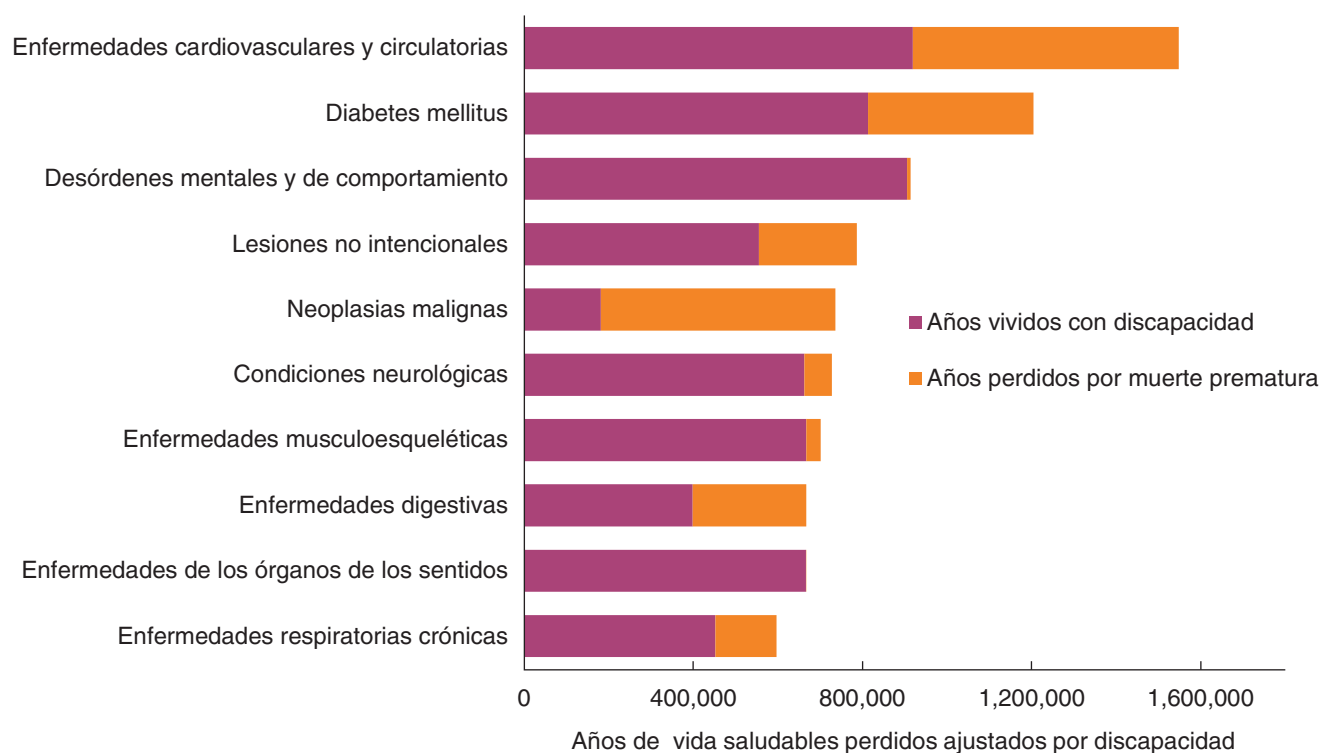
y condiciones neurológicas son las condiciones responsables de la mayor carga de enfermedad por la discapacidad que producen y la muerte prematura.

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.10 al V.12 muestran que, en 2016, el IMSS otorgó 126.8 millones de consultas; de éstas, 106.1 millones corresponden a Consulta Externa, incluyendo consultas de Medicina Familiar, de Especialidades y Dental, mientras que las 20.7 millones restantes corresponden a la atención de Urgencias.

Los cuadros V.10 y V.11 muestran los principales motivos de Consulta Externa y de Urgencias. En el primero podemos observar que los dos principales motivos de Consulta Externa son enfermedades crónicas; las enfermedades del corazón y la diabetes, en su conjunto, ocupan 32% de la demanda. Dentro de los siguientes tres motivos de Consulta Externa se ubican la atención obstétrica, infecciones respiratorias, así como traumatismos y envenenamientos. En los motivos de urgencias, las enfermedades agudas, como infecciones respiratorias agudas, traumatismos y envenenamientos, así como enfermedades infecciosas intestinales, ocupan los principales motivos de consulta.

El cuadro V.12 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 traumatismos y envenenamientos, con 8% de los egresos y 9% de los días paciente. De las principales enfermedades crónicas, las enfermedades del corazón, incluida la

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.10.
10 principales motivos de Consulta Externa (Medicina Familiar, Especialidades y Dental) en el IMSS, 2016
 (cifras en millones y porcentaje)

Motivo	Total	%
1 Enfermedades del corazón	17.6	17
2 Diabetes mellitus	14.5	14
3 Embarazo, parto y puerperio	6.3	6
4 Infecciones respiratorias agudas	6.0	6
5 Traumatismos y envenenamientos	5.4	5
6 Control y supervisión de personas sanas	4.0	4
7 Artropatías	3.3	3
8 Trastornos mentales y del comportamiento	2.7	3
9 Dorsopatías	2.3	2
10 Caries dental	1.9	2
Suma	64.1	60
Total	106.1	100

Fuente: Dirección de Prestaciones Médicas, IMSS.

Cuadro V.11.
10 principales motivos de consultas de Urgencias en el IMSS, 2016
 (cifras en millones y porcentaje)

Motivo	Total	%
1 Infecciones respiratorias agudas	3.5	19
2 Traumatismos y envenenamientos	3.2	15
3 Enfermedades infecciosas intestinales	1.5	8
4 Enfermedades del corazón	0.8	4
5 Embarazo, parto y puerperio	0.7	4
6 Dorsopatías	0.6	3
7 Infección de las vías urinarias	0.6	3
8 Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	0.5	2
9 Diabetes mellitus	0.4	2
10 Trastornos de los tejidos blandos	0.3	2
Suma	12.2	62
Total	20.7	100

Fuente: Dirección de Prestaciones Médicas, IMSS.

Cuadro V.12.
10 principales motivos de egresos hospitalarios en camas censables en el IMSS, 2016
(cifras en miles y porcentaje)

Motivo	Egresos	%	Días paciente	%
1 Embarazo, parto y puerperio	451	22	1,048	10
2 Traumatismos y envenenamientos	157	8	925	9
3 Enfermedades del corazón (incluye hipertensión arterial)	106	5	638	6
4 Tumores malignos	88	4	553	5
5 Colelitiasis y colecistitis	88	4	323	3
6 Insuficiencia renal	76	4	427	4
7 Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	73	4	507	5
8 Diabetes mellitus	62	3	377	4
9 Hernias	40	2	100	1
10 Neumonía e Influenza	39	2	274	3
Suma	1,179	58	5,171	50
Total	2,014	100	10,544	100

Fuente: Dirección de Prestaciones Médicas, IMSS.

hipertensión arterial, y los cánceres, representan el tercer y cuarto motivos de egresos, con 9% de egresos y 11% de días paciente⁹⁷ 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, atención al parto y accidentes, que siguen representando un alto porcentaje de los motivos de atención en Consulta Externa, y son 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 1,506 unidades médicas de primer nivel que reportan acciones en los sistemas de información médica vigentes, 247 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).

⁹⁷ Días paciente: Periodo 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 Diario Oficial de la Federación 30/11/2012.

V.5. Gestión de la atención médica

Uno de los principales retos en la atención médica en el IMSS es el acceso efectivo a los servicios de salud. Éste se refiere a la oportunidad que los derechohabientes tienen de hacer uso de los servicios de salud en el momento que lo requieran.

A fin de responder a la demanda de los pacientes sin cita, el IMSS instrumentó, a partir de 2015, el proyecto de Unifila: Pacientes sin cita y, para el caso de pacientes que requieren atención de un especialista del segundo nivel, el proyecto de Referencia, logrando hasta el momento la disminución de tiempo para recibir atención por parte de los Médicos Familiares y para recibir una cita en los hospitales de segundo nivel.

Posterior a la implementación del programa Unifila Pacientes sin cita en 2015, en 37 Unidades de Medicina Familiar de las 35 delegaciones del país, que benefició a 6.1 millones de derechohabiente; de marzo de 2016 a enero de 2017, se instrumentó el programa en 292 unidades, beneficiando a 37.6 millones de derechohabientes, cifra que corresponde a 69.6% del total de la población adscrita.

A la par de la implementación de la iniciativa de Referencia en 2 hospitales del Valle de México en 2015, se desplegó en 33 delegaciones del país, en un hospital y todas las Unidades de Medicina Familiar que componen su área médica.

De enero de 2016 a enero de 2017 se implementó la iniciativa de Referencia en 176 hospitales de segundo nivel, beneficiando a 51.1 millones de derechohabientes, lo que corresponde a 100% del total de la población adscrita. Esta iniciativa ha permitido que los pacientes obtengan, en los 30 minutos posteriores a su consulta de Medicina Familiar, su pase al hospital que fueron derivados, evitando hacer filas y trámites engorrosos.

En el área de trasplantes se instauró un proyecto que consta de 3 ejes de acción: i) incrementar la donación cadavérica; ii) favorecer el envío oportuno de pacientes, y iii) fortalecer los programas de trasplantes, con lo que se espera incrementar en 10% la realización de trasplantes y en 14% la donación.

V.5.1. Prevención

Vacunación

El país cuenta con un programa de vacunación exitoso, moderno y de amplia cobertura. Con el objetivo de contribuir a la vacunación universal, en 2016 el IMSS aplicó 33.3 millones de dosis de vacunas (cuadro V.13). La aplicación de vacuna Sabin se realizó solamente en la Primer Semana Nacional de Salud en las instituciones del Sistema Nacional de Salud, debido a que hubo desabasto. Desde 2007, año en que se introdujeron las 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 94 y 97%. Estas coberturas se suman a las alcanzadas desde hace más de 10 años con las vacunas contra la tuberculosis y el sarampión, rubéola y parotiditis, que de igual manera se mantienen por arriba de las recomendaciones de los organismos internacionales. La acción conjunta del Sistema Nacional de Salud ha sido fundamental en la erradicación de la poliomielitis, la eliminación de sarampión, rubéola, síndrome de rubéola congénita y la difteria del territorio nacional, así como en el control del tétanos neonatal y no neonatal, rubéola congénita, tos ferina y enfermedades invasivas por *Haemophilus influenzae b*. Respecto a la cobertura de vacunación con esquemas completos en niños menores de un año, al cierre de 2016 se han completado 575,358 esquemas, lo que representa un avance de 97.3%.

Cuadro V.13.
Población y dosis por tipo de vacunas aplicadas en 2016

Biológico	Población	Dosis
Antipoliomielítica	3,583,420	3,583,420
Pentavalente	1,273,636	2,630,180
DPT (Difteria, tos ferina y tétanos)	779,715	779,715
BCG (Tuberculosis meníngea)	575,358	575,556
Antirrábica humana	16,696	83,479
Antihepatitis B	674,076	2,036,140
Antineumocócica	1,273,636	1,750,976
Triple viral	1,519,500	1,458,460
Toxoide tetánico diftérico	3,226,885	3,130,340
Otras	4,474,554	6,155,331
Antiinfluenza	10,859,482	11,210,955
Total	28,256,958	33,394,552

Fuente: IMSS.

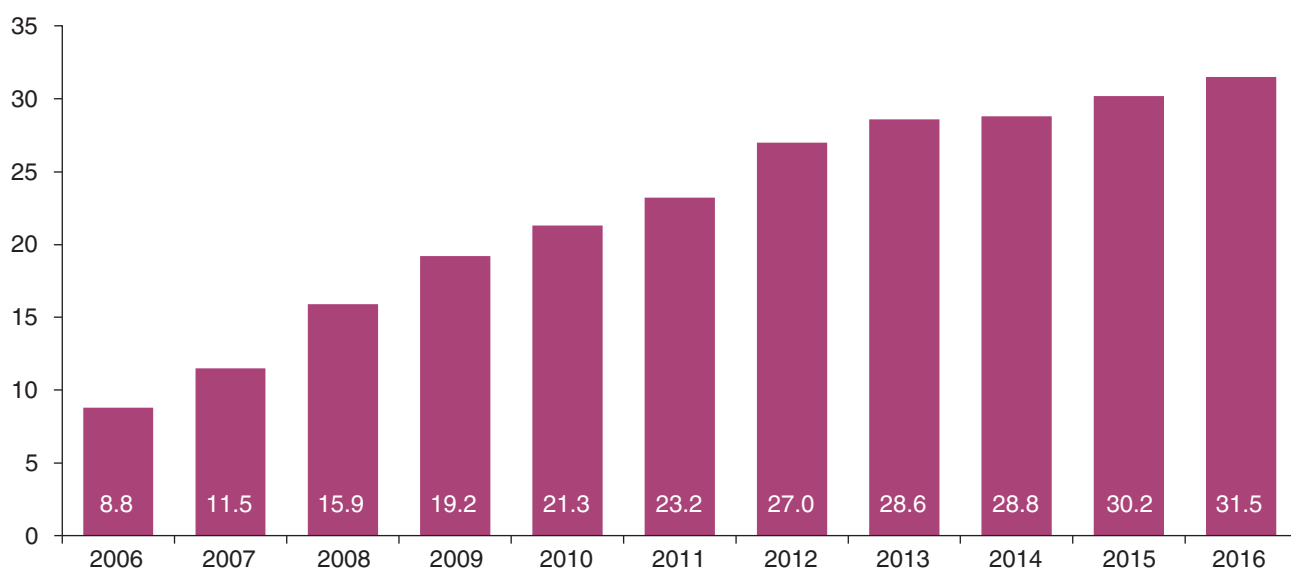
Revisión anual PREVENIMSS

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 2016 se realizaron 31.5 millones de chequeos en los 3,659 módulos de atención preventiva, o bien a través de las estrategias de extensión en las empresas y escuelas. Para alcanzar esta meta, se establecieron las siguientes estrategias:

- Captar a la población derechohabiente que acude a la Unidad de Medicina Familiar pero no asiste a PREVENIMSS, asegurando que a los derechohabientes que acuden a los módulos PREVENIMSS les sean otorgadas todas las acciones preventivas de acuerdo con su grupo de edad, sexo y factores de riesgo, optimizando los recursos disponibles para mejorar la eficiencia operativa del programa.
- 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.

Gráfica V.5.
Número de derechohabientes que recibieron revisión anual PREVENIMSS, 2006-2016
(millones de personas)



Fuente: Dirección de Prestaciones Médicas, IMSS.

Aunque el número de chequeos se incrementó en más de 11 millones en los últimos siete años, el principal reto es lograr que las personas de mayor riesgo acudan a realizarse este chequeo anual, con la intención de lograr una cobertura y tamizaje más efectivo en los derechohabientes cuyos antecedentes familiares y estilos de vida los hacen más susceptibles de desarrollar enfermedades crónicas.

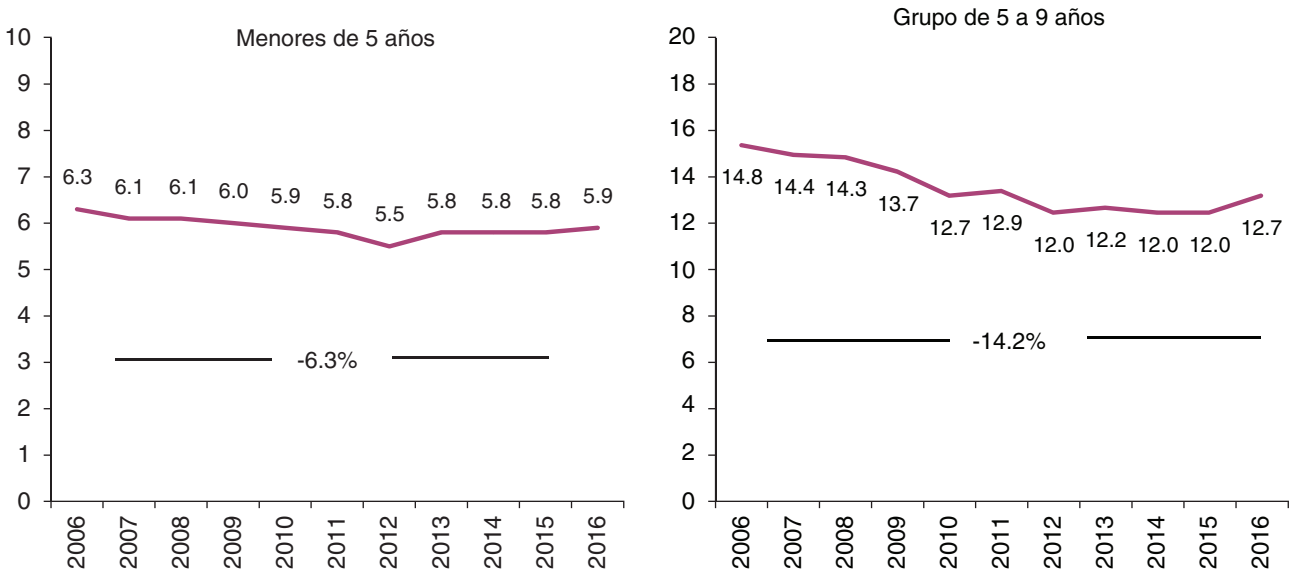
Para el grupo de estudiantes, se cuenta con la estrategia PREVENIMSS en escuelas y universidades, que cada año lleva atención preventiva a planteles educativos de escuelas públicas de los niveles medio superior, superior y de postgrado. Durante 2016 se beneficiaron 974,739 alumnos con su chequeo PrevenIMSS realizado de manera intra y extramuros, lo que representa 12% más de lo realizado en 2015 (866,255).

Durante 2016, a través de PREVENIMSS en empresas, se atendió a 1'402,166 trabajadores en su centro laboral; esto hace más accesibles los servicios de prevención hacia los trabajadores al acercar la atención a sus centros de trabajo.

ChiquitIMSS es una estrategia educativa de promoción de la salud, impartida por personal de Trabajo Social y Promotores de Salud, en la que se promueve el autocuidado de la salud en los niños de 3 a 6 años y en sus padres o tutores; se desarrolla en Unidades de Medicina Familiar y guarderías. Con esta estrategia, a través de sesiones lúdicas y vivenciales, se propicia que niñas, niños y padres o tutores adopten estilos de vida saludables que favorezcan la prevención de enfermedades y riesgos para la salud. En 2016 se realizaron 5,852 cursos, capacitando a 124,090 niñas y niños, y 74,757 padres o tutores. Desde su inicio en 2010 al cierre de 2016, se han impartido 28,478 cursos, en donde se ha capacitado a un total de 584,561 niñas y niños, y 369,760 padres o tutores.

La vigilancia del peso y talla de los niños ha contribuido a disminuir en 6.3% la prevalencia de obesidad en los menores de 5 años, y en 14.2% en los niños de 5 a 9 años; sin embargo, se observa un incremento menor a un punto porcentual en 2016, por lo que habrán de fortalecerse las acciones para la prevención de la obesidad en ambos grupos (gráfica V.6).

Gráfica V.6.
Tendencia de obesidad en niños, 2006-2016
(porcentaje)



Fuente: Dirección de Prestaciones Médicas, IMSS.

La Estrategia Educativa de Promoción de la Salud JuvenIMSS continúa consolidándose, con fundamento en la educación entre pares en adolescentes de 10 a 19 años de edad; se caracteriza por ser proactiva en el manejo de los temas de interés, e incluye el desarrollo de habilidades para la vida, reforzamiento de resiliencia, promoción de conductas saludables entre las que destacan alimentación correcta, consumo de agua simple potable, práctica de actividad física, salud sexual y reproductiva, prevención de violencia y adicciones, entre otros, a través de dinámicas participativas donde el aspecto lúdico es primordial. En 2016 se realizaron un total de 7,863 cursos donde se capacitó a 206,947 adolescentes. Desde su implantación en 2006 hasta al término de 2016, el personal de Trabajo Social y Promotores de Salud ha impartido 37,797 cursos con 1'198,379 adolescentes capacitados.

En mayo de 2012 se dio a conocer la Estrategia Educativa de promoción de la Salud *Ella y Él con PREVENIMSS*, respuesta institucional para mejorar la calidad de vida de mujeres y hombres, cuyo objetivo es disminuir la magnitud de la morbilidad y mortalidad asociadas a los riesgos y daños más frecuentes en mujeres y hombres de 20 a 59 años. Desde 2012 a diciembre de 2016, el personal de Trabajo Social y Promotores de Salud realizó 26,113 cursos con 440,948 mujeres y 211,794 hombres capacitados, resaltando que en el año 2016 se realizaron 6,284 cursos donde se capacitó a 82,692 mujeres y a 46,729 hombres.

La Estrategia Educativa de Promoción de la Salud *Envejecimiento Activo PREVENIMSS* es la respuesta institucional ante el proceso de envejecimiento de la población derechohabiente, cuyo objetivo es fortalecer el Programa de Salud del Adulto Mayor al propiciar el envejecimiento activo y saludable, fortalecer y restaurar la autoestima y la conciencia de su valor social, disminuir el riesgo de síndromes geriátricos y discapacidad, así como generar redes sociales

de apoyo mediante un modelo lúdico, participativo y vivencial, que facilite un aprendizaje significativo. Desde 2012 al cierre de 2016, el personal de Trabajo Social y Promotores de Salud ha realizado 18,137 cursos con un total de 345,794 adultos mayores capacitados. En 2016, se capacitó a un total de 96,958 adultos mayores en 5,315 cursos.

A partir de enero de 2016 se implementa la estrategia de educación nutricional denominada NutriMSS "Aprendiendo a comer bien", dirigida a pacientes con sobrepeso, obesidad, prediabetes, prehipertensión, diabetes, hipertensión y dislipidemias en Unidades Médicas de Primer Nivel con servicio de Nutrición. A diciembre de 2016 se ha capacitado en Alimentación Correcta a un total de 162,043 derechohabientes mayores de 20 años de edad.

V.5.2. Mejorar la gestión y eficiencia de los procesos médicos

El IMSS está instrumentando medidas que incrementen el acceso a la consulta médica en todos los niveles de atención y que mejoren la capacidad resolutoria en Urgencias y Hospitalización, áreas en donde se observan los principales cuellos de botella del flujo de pacientes durante su transitar en el proceso de salud. Con estas medidas se mejoran los tiempos de espera, la calidad de la atención y se liberan espacios en la consulta.

Estrategias para mejorar el acceso a la Consulta Externa

En el IMSS, 84% de las consultas se otorga en la Consulta Externa del primer nivel y de Especialidades, motivo por el cual es prioritario el desarrollo continuo de estrategias que mejoren el acceso a estos servicios y garanticen una mejor calidad. A continuación se presentan 3 programas enfocados a facilitar el acceso hacia la Consulta Externa.

Unifila: Pacientes sin cita

Esta estrategia consiste en reorganizar la agenda de citas en Unidades de Medicina Familiar aumentando la disponibilidad de espacios en la agenda para los asegurados sin cita e implementar un módulo Unifila para transferencia de pacientes a consultorios médicos con disponibilidad de espacio, de forma equitativa entre los médicos, y manejo de cancelaciones de pacientes de consultorios, lo que aumenta el acceso a la atención de manera oportuna, disminuyendo sus tiempos de espera.

Actualmente, el programa funciona en 291 Unidades, abarcando la totalidad de Unidades de Medicina Familiar de 10 o más consultorios, beneficiando a 38.3 millones de derechohabientes, lo que corresponde a 70% del total de la población adscrita de todas las delegaciones del país.

Con este programa, a diciembre de 2016, los tiempos de espera desde la llegada a su consultorio hasta la atención por el médico asignado por Unifila, han pasado de 133 a 47 minutos en estas Unidades de Medicina Familiar, lo que representa una disminución de 65% del tiempo de espera o de 86 minutos. Actualmente, cada mes se atiende en el módulo Unifila a 370,643 derechohabientes que acuden sin cita y que no contaban con espacio disponible para su atención en el consultorio de su adscripción.

Fortalecer el mecanismo de Receta Resurtible

El más claro ejemplo de medidas que mejoran la atención al derechohabiente 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 inició en agosto de 2013, y ha ido en constante aumento. Esta iniciativa ha permitido liberar espacios que fueron aprovechados por otros derechohabientes, acortando los tiempos de espera y mejorando el servicio (cuadro V.14).

Cuadro V.14.
Comportamiento de la emisión de Receta Resurtible en el primer nivel

Año	Total de recetas emitidas
2013 (agosto)	1,033,913
2014	3,316,109
2015	4,005,920
2016	4,659,856

Fuente: IMSS.

En noviembre de 2014 inició el programa Receta Resurtible en segundo nivel de atención con una prueba piloto para la atención de un padecimiento crónico en 6 hospitales y el mismo número de delegaciones. Esta fase concluyó en el primer semestre de 2015, liberando 3,426 espacios. En el siguiente semestre se aplicó a 19 padecimientos crónicos en hospitales con Expediente Clínico Electrónico (ECE); principalmente en la atención de pacientes con trasplante renal, cáncer de mama, cáncer de próstata y asma. Además de la Receta Resurtible a través del Expediente Clínico Electrónico (ECE), también se inició la Receta Resurtible en la modalidad manual en la Unidad Médica de Atención Ambulatoria (UMAA) de Querétaro para la atención de pacientes con cáncer de mama y próstata. Al concluir 2015 se proporcionaron 20,119 recetas resurtibles y se liberaron 33,256 espacios de consulta de especialidades. En 2016 se emitieron 47,494 recetas resurtibles y se liberaron 97,510 espacios. En 2017 se incrementarán los padecimientos susceptibles de ser atendidos con este programa.

Coordinación entre niveles de atención

Uno de los principales retos en la atención médica en el IMSS es el acceso efectivo a los servicios de salud; esto es, la oportunidad que los derechohabientes tienen de hacer uso de los servicios de salud en el momento que lo requieran. El IMSS, al contar con los 3 niveles de atención, tiene la oportunidad, como pocos sistemas de seguridad social, de proveer un servicio coordinado entre ellos. 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, este último debía realizar trámites administrativos, lo que le llevaba invertir 3 o más horas de su tiempo.

Derivado de lo anterior, se implementó la iniciativa Referencia a Segundo Nivel en 173 Hospitales, alcanzando un logro de 100% de la meta programada, en beneficio de 51.1 millones de derechohabientes.

Tan solo durante 2015 se atendieron por este medio 248,989 referencias y en 2016 un total de 3'994,576 solicitudes atendidas.

V.5.3. Reorganizar la atención médica para eliminar los principales cuellos de botella

Optimización de los servicios de Urgencias

En el segundo semestre de 2015 se realizó la prueba piloto del proyecto “Mejorar la atención en los servicios de Urgencias”, con los siguientes resultados: i) el porcentaje de pacientes donde la atención inicial fue Triage⁹⁶ incrementó de 43 a 94% (valor de referencia (VR) $\geq 90\%$); ii) porcentaje de pacientes donde el tiempo de atención en Triage es menor o igual a 5 minutos mejoró de 70 a 82% y disminuyó el tiempo promedio de atención de 5 a 3 minutos (VR ≤ 5 minutos).

⁹⁶ Clasificación de pacientes (Triage): Sistema de selección de pacientes que acuden al servicio de Urgencias, el cual consta de 5 niveles, de acuerdo con la severidad del motivo de solicitud de atención médica: reanimación, emergencia, urgencia, urgencia menor y sin urgencia, con colores establecidos.

Con base en estos resultados de la prueba piloto, se decidió el despliegue nacional de esta iniciativa en 2016; a diciembre, se cubrieron 120 Hospitales Regionales y de Zona (100% de los proyectados), con los siguientes resultados: i) el porcentaje de pacientes donde la atención inicial fue Triage incrementó de 94 a 99% (valor de referencia (VR) $\geq 90\%$); ii) el tiempo promedio de atención en Triage es de 4 minutos (VR ≤ 5 minutos).

Para marzo de 2017 está proyectado concluir la implementación de la iniciativa en 154 Hospitales Generales Regionales y de Zona, lo que corresponde a 100% de los mismos.

Con el objetivo de que el personal realice el Triage en forma sistematizada, en diciembre de 2016 en coordinación con la División de Innovación Educativa, concluyó el diseño del curso en línea “Triage para el Profesional de Enfermería y Médico”, el cual tiene como beneficio: homologar el proceso, priorizar la atención médica y reducir el tiempo de clasificación y asignación del nivel de gravedad. El 16 de marzo de 2017 inició la capacitación.

Optimización del recurso cama en hospitalización

En 2014 se realizó una prueba piloto del proyecto nacional Gestión de Camas en 20 hospitales, en los que, mediante recorridos de equipos multidisciplinarios constituidos por personal Médico, de Enfermería, Trabajo Social, Asistentes Médicas, Conservación, así como de Limpieza e Higiene o Servicios Básicos, facilitan el flujo entre egresos e ingresos a los servicios de Hospitalización a fin de disponer de camas censables, listas para su nueva ocupación a través de: i) la organización de la prealta y alta efectiva del paciente, y ii) el acortamiento de tiempos para limpieza, conservación y preparación de la cama.

En 2015 se desplegó el programa a 20 hospitales más en 17 delegaciones, obteniendo una disminución de 35 horas del tiempo “cama vacía” con respecto a la medición basal (50 horas), y se obtuvo un incremento de la ocupación hospitalaria de 9 puntos porcentuales (de 79 a 88%). Durante 2016 se continuó la implementación cubriendo 121 hospitales de segundo nivel (93% de los programados) de atención en todas las delegaciones (35). Se tiene planeado terminar la implantación en las 34 unidades faltantes para marzo de 2017 y así abarcar 100% de los hospitales generales y regionales del Instituto. A diciembre de 2016 se obtuvo un promedio de 14 horas por cama vacía —el objetivo inicial fue llegar a 12 horas o menos—; con los resultados obtenidos hasta ahora, se espera disminuir a 5 horas. El porcentaje de ocupación hospitalaria se ubicó en 88%, dentro del valor de referencia (80-90%).

Fortalecimiento de la productividad de las Unidades Médicas de Atención Ambulatoria (UMAA)

Con la finalidad de optimizar recursos institucionales, con obras de menor costo de construcción y operación para el Instituto, se crearon las Unidades Médicas de Atención Ambulatoria (UMAA), en un inmueble diseñado y equipado para dar atención terapéutica médica o quirúrgica de acuerdo con su capacidad resolutive, en la que el paciente egresa el mismo día en condiciones estables y sin haber hecho uso de cama hospitalaria.

Las UMAA brindan atención médica y quirúrgica en servicios de alta demanda como Cirugía Ambulatoria (la cual incluye Cirugía General, Oftalmología, Otorrinolaringología, Ortopedia y Urología). Asimismo, se otorgan servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento como: endoscopias (de tubo digestivo alto y bajo, broncoscopias y urológicas), espirometrías, inhaloterapia,

hemodiálisis, aplicación de láser oftálmico y quimioterapia.

La aportación de las Unidades Médicas de Atención Ambulatoria en el periodo enero-diciembre de 2016 a la productividad de los Hospitales Generales de segundo nivel de atención fue: i) 19.4% de la cirugía ambulatoria; ii) 18.1% de las sesiones de hemodiálisis intramuros en este nivel de atención; iii) en terapia láser se concentra 25.4% de las sesiones realizadas, y iv) en espirometría, 72%. Lo anterior mejora la capacidad resolutive de los hospitales de segundo nivel de atención incluidos en la zona de influencia de esas Unidades.

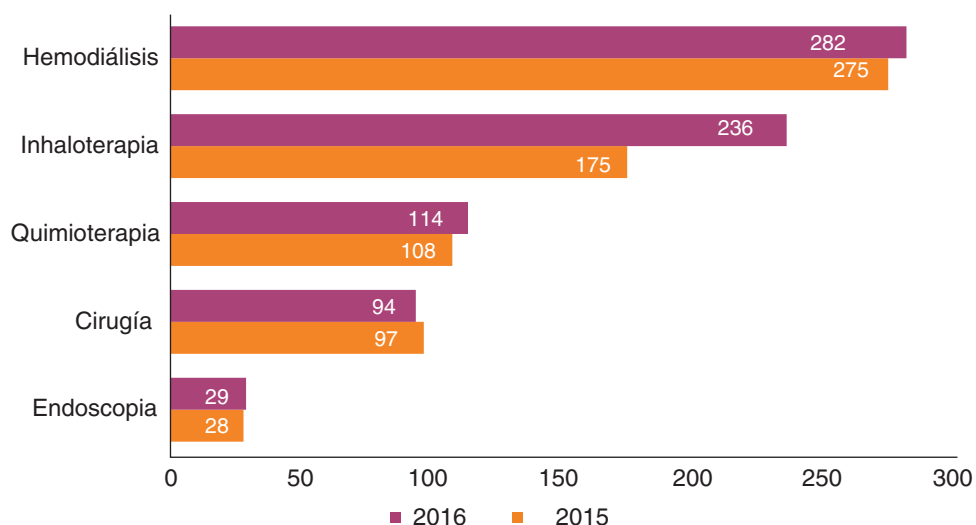
En la gráfica V.7 se observa que estas Unidades Médicas incrementaron su productividad en hemodiálisis, inhaloterapia, quimioterapia y endoscopias; sin embargo, a pesar de ello se necesita fortalecer la referencia de pacientes a las UMAA, con la finalidad de tener más espacios disponibles en los hospitales de la zona médica, mejorando la oportunidad de atención en estas especialidades.

La Unidad de Medicina Familiar No. 76, con Unidad Médica de Atención Ambulatoria en Tamaulipas, continúa con daños estructurales por asentamiento del terreno, lo cual afecta su operación y productividad.

Encuentros Médico-Quirúrgicos

Desde 1996, el IMSS ha logrado acercar los servicios médicos de alta especialidad con el Programa Encuentros Médico-Quirúrgicos, a través de médicos especialistas del Régimen Obligatorio que, de forma altruista y voluntaria, han decidido atender a la población rural que vive en condiciones de marginación y pobreza, quienes difícilmente cuentan con recursos económicos para atender su

Gráfica V.7.
Productividad en Unidades Médicas de Atención Ambulatoria, comparativo 2015-2016
 (número de procedimientos)



Fuente: Dirección de Prestaciones Médicas, IMSS.

padecimiento y que son beneficiarios del Programa IMSS-PROSPERA.

Los Encuentros Médico-Quirúrgicos han permitido hacer frente a los rezagos de salud en la población que es susceptible de intervención quirúrgica en las especialidades de Ginecología Oncológica, Cirugía Reconstructiva, Urología, Cirugía Pediátrica y Oftalmología. Los Encuentros son un ejemplo de colaboración de especialistas del Régimen Obligatorio 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.

Entre enero de 2012 y diciembre de 2016 se realizaron 86 Encuentros Médico-Quirúrgicos, en los que se atendió a 61.8 mil pacientes y se realizaron 11.5 mil intervenciones quirúrgicas (cuadro V.15).

En 2016 se realizaron 19 Encuentros en apoyo a IMSS-PROSPERA en 12 delegaciones: Chiapas, Oaxaca, Hidalgo, San Luis Potosí, Guerrero, Yucatán, Nayarit, Campeche, Querétaro, Baja California, Estado de México y Michoacán.

Gracias al éxito de esta estrategia por su impacto en atención inmediata y eficiente a pacientes, se aplicó en hospitales del Régimen Obligatorio con el fin de disminuir el rezago quirúrgico; ejemplo de ello son los 6 Encuentros Médicos de Oftalmología realizados en 2016, para disminuir el diferimiento de cirugía de cataratas (primera causa de ceguera reversible en nuestro país); su productividad se muestra en el cuadro V.16. Los Encuentros fueron realizados en las Delegaciones de Campeche, Tabasco, Jalisco, Colima y Baja California, y a todos los pacientes que fueron intervenidos quirúrgicamente se les colocó lente intraocular.

Cuadro V.15.
Productividad Encuentros Médico-Quirúrgicos
en apoyo a IMSS-PROSPERA, 2012-2016

Año	Número de Encuentros	Pacientes atendidos	Pacientes intervenidos quirúrgicamente	Número de procedimientos quirúrgicos
2012	16	11,535	1,965	2,705
2013	15	11,984	2,404	3,904
2014	17	12,466	2,210	4,698
2015	19	14,133	2,621	5,121
2016	19	11,757	2,348	4,281
Total	86	61,875	11,548	20,709

Fuente: Dirección de Prestaciones Médicas, IMSS.

Cuadro V.16.
Productividad Encuentros Médico-Quirúrgicos de
Oftalmología en Régimen Obligatorio, 2016

Concepto	Productividad
Número de Encuentros realizados	6
Número de pacientes atendidos	1,581
Número de pacientes intervenidos quirúrgicamente	1,407
Número de procedimientos quirúrgicos	2,794

Fuente: Dirección de Prestaciones Médicas, IMSS.

Al ser una estrategia que permite disminuir el rezago quirúrgico, los Encuentros Médico-Quirúrgicos del Régimen Obligatorio, en una primera etapa, continuarán su aplicación en la especialidad de Oftalmología, y en 2017 serán implementados en otras especialidades.

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, el Instituto Mexicano del Seguro Social ha tenido trascendentes aportaciones a la Obstetricia en México. El Instituto mantiene constantes las mejoras de la atención a las mujeres y recién nacidos mediante 2 programas: i) Prevención del Embarazo en Adolescentes, y ii) Atención Materna y Perinatal de Calidad, con Trato

Digno y Apego a Derechos Humanos. Estos programas están alineados a los objetivos establecidos por la Organización de las Naciones Unidas (ONU) y al Programa Sectorial de Salud 2013-2018, que se miden por indicadores como: cobertura de atención prenatal, tasa de mortalidad materna y tasa de mortalidad infantil.

A partir de 2015 se inició la Estrategia Educativa de Promoción de la Salud “Embarazo PrevenIMSS”, la cual es impartida por personal de Trabajo Social y está dirigida a embarazadas y sus parejas, donde se otorgan temas básicos de salud y habilidades para la vida, fortaleciendo las recomendaciones emitidas por el médico familiar, la enfermera y el resto del equipo de salud, emitidas durante la atención prenatal. Desde su inicio, y hasta el cierre de 2016, se capacitó a un total de 371,912 embarazadas y 78,688 parejas o familiares en 19,820 cursos. Durante el año 2016 se capacitó a un total de 190,280 embarazadas con 40,836 parejas o familiares en 10,473 cursos.

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. En este rubro, el IMSS capacitó, entre el año 2015 y marzo de 2017, a 6 mil trabajadores de la salud, en las categorías de médicos, enfermeras y trabajadoras sociales, a través del curso en línea Salud Sexual y Reproductiva de las y los Adolescentes y Prevención del Embarazo en Adolescentes creado por el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP). La campaña sectorial 2015 *Es tu vida, es tu futuro, hazlo seguro*, forma parte de las estrategias de información masiva dirigidas 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.

PREVENIMSS es una de estas estrategias y participa con recomendaciones sencillas del personal de Enfermería durante el Chequeo PREVENIMSS, así como con la Estrategia Educativa de Promoción de la Salud “JuvenIMSS”, impartida por personal de Trabajo Social y Promotores de Salud.

Como resultado de estas estrategias, la proporción de adolescentes embarazadas (entre el total de embarazos) disminuyó de 12.3% en 2013 a 11.5% en 2014, a 9.2% en 2015 y en 2016 a 10%, lo que representa una disminución de 11,923 embarazadas menores de 20 años entre 2014 y 2016.

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 cuenta con 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. A partir de julio de 2015, se liberó la versión 4.8 del Sistema de Información de Medicina Familiar (SIMF) que permite identificar a las derechohabientes que tuvieron vigilancia prenatal fuera del Instituto. En promedio, el IMSS otorgó más de 7 consultas de vigilancia prenatal, en las que se brinda atención sistemática durante la gestación, con la finalidad de identificar tempranamente factores de riesgo y/o complicaciones, así como realizar acciones de prevención y detección de enfermedades, a fin de que el embarazo llegue a término con una madre y producto(s) saludables.

La ampliación de cobertura anticonceptiva en la población usuaria de los servicios de planificación familiar en unidades IMSS ha contribuido al cumplimiento de compromisos adquiridos a nivel nacional y mundial; así, podemos observar que en el año 2016, la tasa de partos por mil mujeres en edad fértil adscritas a médico familiar en el IMSS fue de 36.3, y la tasa de abortos por mil mujeres en edad fértil adscritas a médico familiar fue de 5, ambas con una tendencia descendente; estas cifras traducen el resultado favorable de las actividades realizadas por el personal operativo en las Unidades Médicas de los 3 niveles de atención, y ha contribuido a la contención del crecimiento poblacional de la nación, mediante el acceso de los servicios de salud sexual y reproductiva, de acuerdo con lo establecido en el Reglamento de Ley General de Salud en materia de Prestación de Servicios de Atención Médica en su Capítulo VI, Plan Nacional de Desarrollo, Programa Sectorial de Salud 2013-2018, y Programa Institucional (PIIMSS) 2013-2018.

La cobertura de protección anticonceptiva posparto y transcesárea fue de 78.2%, lo cual se considera satisfactorio, ya que 8 de cada 10 mujeres egresan con método anticonceptivo de alta continuidad y eficacia, como lo son el dispositivo intrauterino en 60.6% y oclusión tubaria bilateral en 35.2%, lo que favorece el postergar un embarazo o terminar voluntariamente la fecundidad.

Estos logros permiten limitar el crecimiento demográfico y, mediante la consulta preconcepcional en el primer nivel de atención, propiciar la disminución de los embarazos de alto riesgo, así como la consecuente morbilidad y mortalidad materna y perinatal.

Se mejora la atención obstétrica mediante acciones que privilegian la atención oportuna e inmediata en las Unidades de Tococirugía, con la aplicación del Triage Obstétrico; la estrategia “Cero Rechazo” que consiste en la valoración inmediata de mujeres derechohabientes o no del IMSS que se presentan con emergencia obstétrica, así como promover y privilegiar el parto natural para disminuir el riesgo reproductivo y obstétrico en el embarazo subsecuente.

Para brindar atención inmediata, oportuna y de calidad a mujeres con emergencia obstétrica, se mantienen los equipos de respuesta inmediata, integrados con 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.

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 para la Atención de la Emergencia Obstétrica en 95 hospitales del Régimen Obligatorio y 47 del Programa IMSS-PROSPERA. Como muestra el cuadro V.17, de 2009 a 2016 se registraron 4,957 solicitudes de atención por mujeres no derechohabientes; de ellas, 3,361 fueron emergencias obstétricas, en cuyos partos se obtuvieron 2,085 recién nacidos. De 2009 a junio de 2011 el registro fue manual con criterios diferentes, implementándose en julio de 2011 el Sistema de Registro para la Atención de la Emergencia Obstétrica (SREO) que proporciona información para el seguimiento de casos. En 2016 recibieron atención en el IMSS 313 mujeres con emergencia obstétrica y 203 recién nacidos.

La razón de muerte materna hospitalaria en el IMSS Régimen Ordinario, al cierre de 2015, fue de 26.7 por 100 mil nacidos vivos, la razón de muerte materna hospitalaria en el IMSS, Régimen Ordinario a diciembre de 2016 es de 30.9, con 130 casos (cifra preliminar) (gráfica V.8).

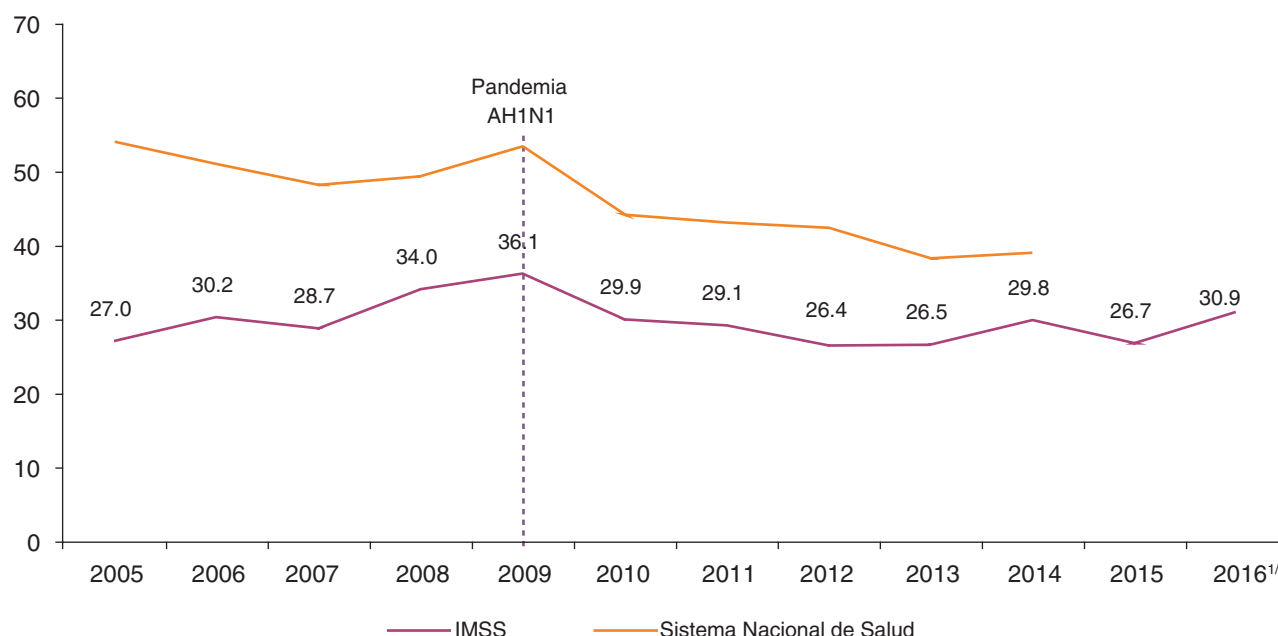
Cuadro V.17.
Total de atenciones por emergencia obstétrica otorgadas en el IMSS

	2009 ^{1/}	2010 ^{1/}	2011 ^{1/}	2012	2013	2014	2015	2016	Total
Emergencia obstétrica	1,089	446	258	301	316	323	315	313	3,361
Recién nacidos atendidos	722	242	174	204	182	184	174	203	2,085
Solicitudes de atención	2,171	850	332	307	323	336	317	321	4,957

^{1/} Registro manual de la información.

Fuente: Dirección de Prestaciones Médicas, IMSS.

Gráfica V.8.
Razón de muerte materna, 2005-2016^{1/}
 (número de defunciones maternas por cada 100,000 nacidos vivos)



^{1/} Dato preliminar, estimado a diciembre de 2016.

Fuente: Dirección de Prestaciones Médicas, IMSS; Secretaría de Salud.

El Instituto trabaja para recuperar la tendencia descendente de la muerte materna mediante acciones dirigidas a disminuir los factores coyunturales que afectan los avances logrados y la inclusión de actividades que mejoren la oportunidad y calidad de los servicios. El objetivo a largo plazo es mantener la disminución de la razón de muerte materna.

Con el propósito de incrementar la sobrevivencia de los recién nacidos y disminuir la morbilidad, el IMSS realiza acciones para inducir la madurez pulmonar en niños con peso menor a mil gramos y el fortalecimiento de las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales. La mortalidad perinatal en 2016 fue de 8.6, menor que el año anterior (9.0), como muestra la gráfica V.9.

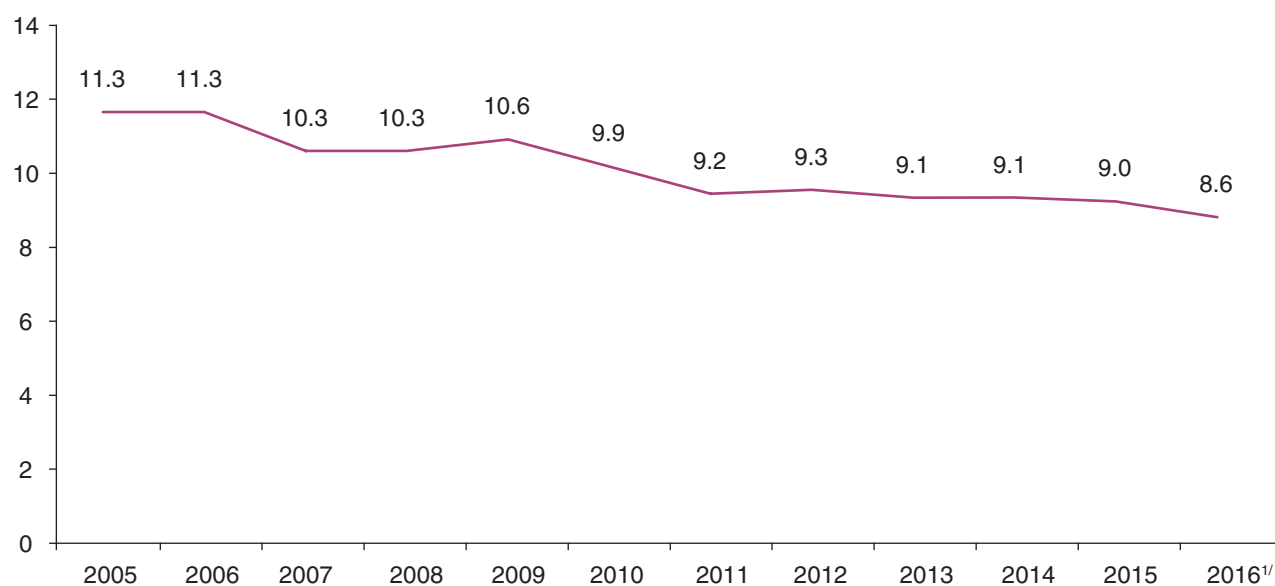
V.6. Hacer frente a las enfermedades crónicas no transmisibles

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 transmisible en su fase avanzada, se puede manifestar con la aparición de diferentes tipos de cáncer e infecciones agregadas.

Gráfica V.9.
Tendencia de la mortalidad perinatal en el IMSS
 (número de defunciones perinatales por cada 1,000 nacimientos)



^{1/} Dato preliminar, estimado a diciembre de 2016.
 Fuente: Sistema de Mortalidad del IMSS (SISMOR).

V.6.1. Análisis del gasto en enfermedades crónico-degenerativas de alto impacto financiero para el IMSS

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 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, de mama y de próstata, y iv) la insuficiencia renal crónica, principalmente como complicación de las dos primeras.

En el cuadro V.18 se muestra la estimación del gasto médico institucional asociado a la atención de los 6 padecimientos mencionados, los cuales adquieren cada vez mayor importancia debido principalmente

a que observan una creciente prevalencia en la población derechohabiente del IMSS y que por sus complicaciones requieren de atención médica especializada en largos periodos.

Se estima que el gasto por la atención de estos 6 padecimientos fue de 76,193 millones de pesos en 2016. Esta cifra representa 29% de los ingresos totales del Seguro de Enfermedades y Maternidad de ese año; en otras palabras, 7.2 millones de pacientes atendidos por estas 6 enfermedades devengan más de la cuarta parte del total de ingresos del Seguro. Se espera que, de no implementar medidas preventivas, el gasto por la atención de estos padecimientos podría crecer de manera sostenida en 4.5%, en promedio anual en los próximos 34 años.

Del gasto estimado por estas 6 enfermedades destacan la hipertensión arterial y la diabetes mellitus, así como una de sus principales complicaciones, que es la insuficiencia renal crónica, ya que éstas en conjunto representan 94% del gasto total estimado para estos padecimientos (71,534 millones de pesos).

Cuadro V.18.
Gasto médico en 2016 de 6 enfermedades crónico-degenerativas de alto impacto financiero

Padecimiento	Pacientes en tratamiento	Gasto (millones de pesos de 2017)		
		Ambulatorio	Hospitalario	Total
Hipertensión arterial	4,338,394	17,259	4,876	22,134
Sin complicaciones	4,271,339	15,473	747	16,220
Con complicaciones	50,328	1,786	4,129	5,914
Diabetes mellitus	2,714,759	36,556	2,579	39,136
Sin complicaciones	2,122,659	16,436	-	16,436
Con complicaciones	592,100	20,121	2,579	22,700
Insuficiencia renal crónica terminal (pacientes en terapia sustitutiva de la función renal)	67,319	9,877	387	10,263
Cáncer de mama	51,218	2,733	410	3,143
<i>In situ</i>	1,206	12	2	14
Invasivo	50,012	2,721	408	3,129
Cáncer cérvico-uterino	17,170	407	175	582
<i>In situ</i>	3,249	8	20	28
Invasivo	13,921	399	155	554
Cáncer de próstata	22,155	767	168	934
<i>In situ</i>	205	1	-	1
Invasivo	21,950	766	168	933
Total	7,211,015	67,599	8,595	76,193

Fuente: Dirección de Finanzas.

La presencia cada vez mayor de enfermedades crónicas requiere medidas para que la población conserve la salud y minimice los factores de riesgo a enfermarse. Es indispensable complementar la medicina curativa, que parte de la enfermedad, con la medicina preventiva, que parte de la salud, con el objetivo de preservarla.

El enfoque preventivo de atención se puede dividir en 3 tipos:

- La prevención primaria se enfoca en evitar que la enfermedad ocurra. Incluye acciones como la vacunación, al igual que políticas de salud tales como prohibir la venta de tabaco y alcohol, a menores. También se encuentra en este tipo estrategias encaminadas a la adopción de un estilo de vida saludable, por ejemplo: tener un peso corporal sano, realizar actividad física y tener un descanso adecuado.
- La prevención secundaria se enfoca a detectar oportunamente la aparición de la enfermedad y retrasar y minimizar complicaciones una vez que esté diagnosticada. Incluye elementos dirigidos a la población que está en mayor riesgo de contraer un padecimiento, pero que aún no está enferma, como aquellas que tienen hábitos nocivos, como el tabaquismo, o que tienen valores altos en indicadores como: sobrepeso, presión arterial, colesterol o glucosa. Para este grupo, la prevención incluye pruebas de detección, pruebas de laboratorio y el comienzo del tratamiento oportuno.
- La prevención terciaria se enfoca en la población que ya tiene un padecimiento detectado. El objetivo es controlar las complicaciones para mejorar la calidad de vida del paciente. Esto se logra a través de estrategias para el manejo de la enfermedad e incluye el abordaje integral con varios especialistas.

A partir de 2017, el IMSS implementará un Modelo Preventivo de Enfermedades Crónicas. Este modelo iniciará para las siguientes enfermedades crónico-degenerativas y de alto costo: diabetes mellitus, enfermedades cardiovasculares, cáncer de mama y cáncer de próstata.

Bajo el esquema actual de atención, el proceso inicia cuando el paciente se siente enfermo y decide acudir al médico, quien le hace una entrevista y examen médico para obtener un diagnóstico, que puede requerir de estudios de laboratorio o imagen. A partir del diagnóstico, el médico recomienda un tratamiento, al cual dará seguimiento o ajustará, hasta dar de alta al paciente.

Para las enfermedades arriba mencionadas, dada su historia natural y debido a que en gran medida son asintomáticas, en muchas ocasiones las intervenciones de la medicina curativa son tardías, y cuando se han diagnosticado ya se han dejado pasar oportunidades de detener la aparición de más complicaciones.

Estas enfermedades están estrechamente relacionadas con diversos factores de riesgo vinculados con estilos de vida poco saludables: sobrepeso, obesidad, tabaquismo, alcoholismo, sedentarismo, consumo de alimentos con alto contenido calórico o ricos en azúcar.

Es por esto que se requiere incorporar a los sistemas de salud elementos de naturaleza preventiva, lo cual implica grandes retos. Para ilustrar estos retos se tomará como ejemplo la diabetes mellitus. De acuerdo con el Censo de Pacientes con Diabetes Mellitus de 2016, se tienen identificados poco más de 4 millones de derechohabientes enfermos, de los cuales una tercera parte no acudió a recibir tratamiento médico ese año. Este hecho propicia que la condición de salud de aquellos enfermos sin tratamiento se deteriore y

que presenten complicaciones más rápidamente que aquellos que reciben tratamiento. Asimismo, con base en la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de 2016 se estima que la mitad de las personas con diabetes mellitus desconocen que tienen esta condición.

El Modelo Preventivo de Enfermedades Crónicas en el IMSS contempla entre sus principales directrices:

- Dar cobertura a la población que no hace uso de los servicios médicos, buscando proactivamente a estos individuos.
- Identificar, captar y segmentar a la población de acuerdo con sus factores de riesgo y/o diagnóstico del padecimiento.
- Focalizar un tratamiento integral para cada grupo de riesgo, el cual incluye tratamiento farmacológico intensificado y estrategias educativas que contribuyan a disminuir los factores de riesgo modificables.
- Dar seguimiento proactivo al derechohabiente durante todo el curso de atención para asegurar que logre sus metas de control.

En la etapa inicial de este proyecto se captará a un pequeño porcentaje de la población que no hace uso de los servicios médicos, y se aumentará gradualmente la cobertura, hasta alcanzar a más de la mitad de la misma en el largo plazo. En una primera fase se realizará una prueba piloto en la Delegación Nuevo León que requerirá recursos adicionales por:

- La inversión inicial necesaria, que consiste principalmente en la infraestructura física y tecnológica, así como el mobiliario, el equipo, la capacitación del personal institucional adicional.
- El incremento en el gasto derivado de atención que se dará a la población con alto riesgo o enferma, que actualmente no acude a ningún tipo de servicio médico.

A pesar de que se calcula que con este Modelo Preventivo de Enfermedades Crónicas el gasto institucional aumentará, debido a que se destinará una mayor cantidad de recursos en la atención preventiva de la población que no hace uso de los servicios actualmente, se espera que en el largo plazo esta reestructuración del gasto contribuya a mejorar la salud de la población atendida.

Se estima que los años de vida saludables de la población derechohabiente podrían aumentar en 32% y que se tendrá una menor proporción de pacientes diabéticos que presenten complicaciones, lo que derivará en una disminución en el número de pensiones por invalidez y un menor gasto en subsidios por enfermedad general.

Además de la contención de gastos médicos y la reducción de prestaciones en dinero, se deben considerar otros factores en favor de la implementación de un modelo preventivo de salud, en complemento al modelo curativo. Uno de ellos es la productividad de los trabajadores. Las empresas tienen un alto incentivo a mantener una fuerza laboral sana, con lo cual se reducirá el ausentismo y las incapacidades.

Los resultados epidemiológicos y financieros de un modelo preventivo de atención se observarán en el mediano o largo plazo, debido a que involucra cambios en los hábitos de la población, lo cual requiere tiempo y perseverancia; sin embargo, es impostergable incorporar la prevención al modelo de atención médica para la viabilidad de las instituciones de salud.

V.6.2. Prevención, control y atención de las enfermedades crónico-degenerativas

A fin de 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.

Ante el grave problema de salud que representan el sobrepeso y obesidad en todas las etapas del ciclo de vida, desde 2012 se implementó en Unidades de Medicina Familiar, escuelas o empresas con espacio o circuitos propios, la estrategia educativa *Pasos por la Salud*, con el propósito de promover un estilo de vida activo y saludable, mediante la promoción de una alimentación correcta, el consumo de agua simple potable y la práctica diaria de actividad física durante 3 meses, 3 días a la semana. Desde 2012 a diciembre de 2016, el personal de Trabajo Social, Nutrición y Promotores de Salud han impartido un total de 8,221 cursos, capacitando 172,500 derechohabientes de 6 años y más de edad con sobrepeso u obesidad, logrando disminuir el Índice de Masa Corporal (IMC) en 51,818 derechohabientes. Durante 2016 se realizaron 1,949 cursos, donde se capacitó a 36,970 derechohabientes, de los cuales 13,483 disminuyeron su Índice de Masa Corporal (IMC).

Otra estrategia educativa de promoción de la salud, que inició durante el año 2015, fue *Yo puedo*, impartida por personal de Trabajo Social, dirigida a derechohabientes de 10 años o más, con enfermedades crónicas como sobrepeso, obesidad, diabetes mellitus e hipertensión arterial, fortaleciendo en 3 sesiones educativas las recomendaciones del tratamiento no farmacológico emitidas por el médico familiar y el resto del equipo de salud, con lo que se logró capacitar desde su inicio al cierre de 2016, a 276,734 derechohabientes en 13,935 cursos. Durante 2016 se capacitó a 164,608 derechohabientes en 8,219 cursos.

Prevención y detección de las enfermedades crónico-degenerativas

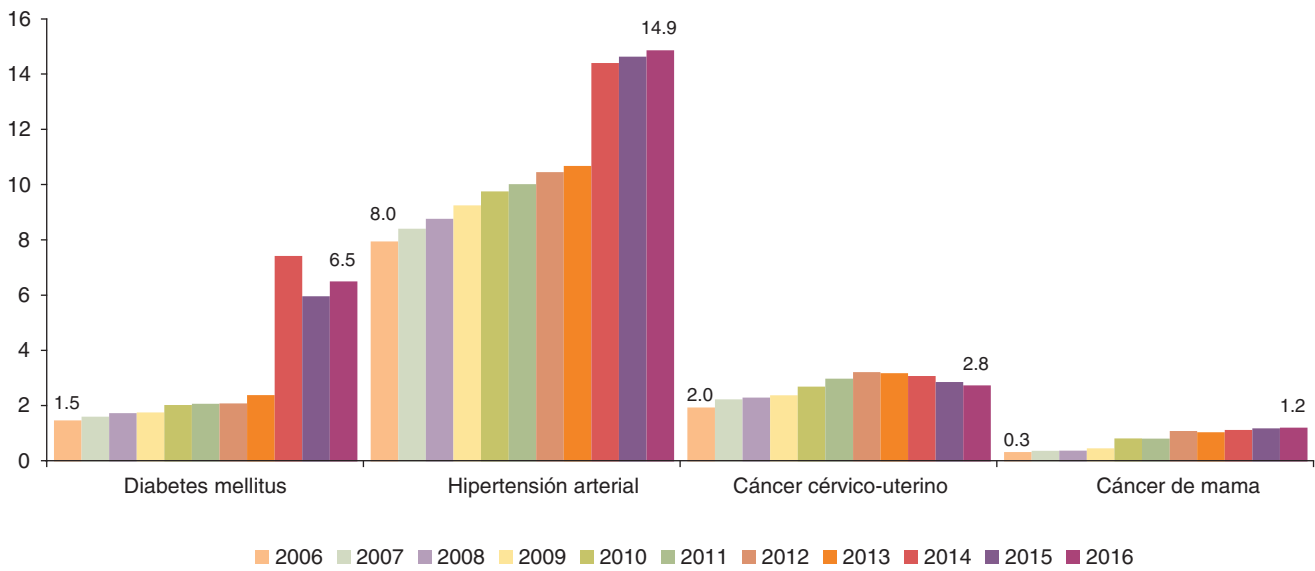
La detección oportuna de enfermedades crónicas no transmisibles está enfocada a 5 padecimientos prioritarios: diabetes mellitus, hipertensión arterial, hipercolesterolemia, cáncer cérvico-uterino y cáncer de mama. La gráfica V.10 muestra que el número de derechohabientes a los que se les realizan estas detecciones ha aumentado año tras año. En 2015 se realizaron 6 millones de detecciones de diabetes mellitus, con la identificación de 446 mil casos sospechosos en población mayor de 20 años; en 2016, se realizaron 6'516,549 detecciones, con la identificación de 413 mil casos sospechosos. En la detección de hipertensión arterial, en 2015 se realizaron 14.7 millones de detecciones y en 2016, 14.9 millones de detecciones, lo que implicó identificar 2.6 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 entre 2.8 y 3 millones de detecciones anuales de primera vez. Asimismo, se realizaron 1.2 millones de mastografías en mujeres de 40 a 69 años de edad en 2016, 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.

Las gráficas V.11 y V.12 muestran la tendencia de la mortalidad de los padecimientos previamente descritos para el periodo 1998 a 2015, mismas que permiten comparar el impacto de las acciones preventivas y tratamiento oportuno que se han implementado. En todos los casos, la mortalidad en el IMSS inicia en un nivel superior a los no derechohabientes, posiblemente como resultado de diferencias sociodemográficas y mayor prevalencia de algunos factores de riesgo para estas enfermedades en la población derechohabiente. Si las dos líneas fuesen paralelas a través del tiempo, significaría

que los modelos de atención tienen el mismo efecto en derechohabientes y no derechohabientes; sin embargo, las pendientes de los derechohabientes son diferentes a las de los no derechohabientes, de tal manera que las tasas de mortalidad en los últimos años son menores para los primeros. Si bien en el último año se observa un repunte en las tasas de mortalidad para derechohabientes, la tendencia al descenso en diabetes (-2.4% vs. 83.1%), enfermedades hipertensivas, isquémicas del corazón y cerebrovasculares (-16.2% vs. 39.2%) y cáncer de mama (-15.1% vs. 34.4%) se mantiene en los derechohabientes, comparado con el ascenso marcado en los no derechohabientes. En cáncer cérvico-uterino, la tendencia es descendente, tanto en derechohabientes como en no derechohabientes, aunque más marcada en los primeros (-67.6% vs. -29.03%).

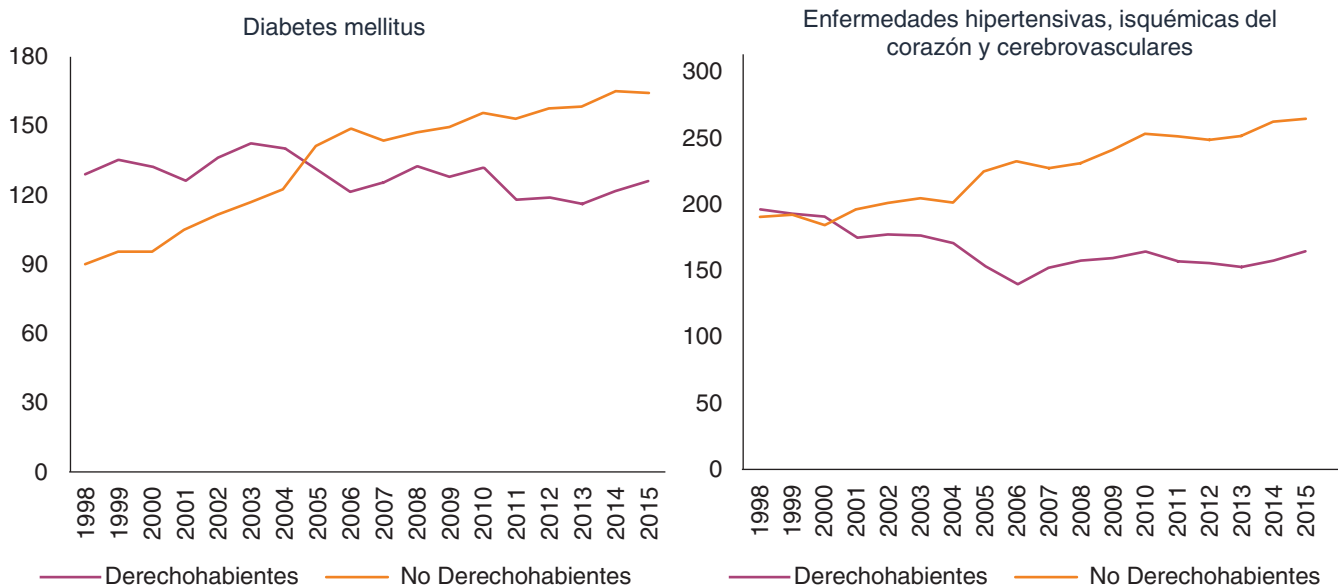
El IMSS ha sido actor clave desde el inicio de la epidemia de VIH/SIDA en el país. En 1983 atendió el primer caso reportado en México; fue la primera institución que otorgó tratamientos antirretrovirales, organizó la atención en clínicas especializadas y otorgó atención médica integral. Del total de 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.

Gráfica V.10.
Número de detecciones de enfermedades crónicas no transmisibles, 2006-2016



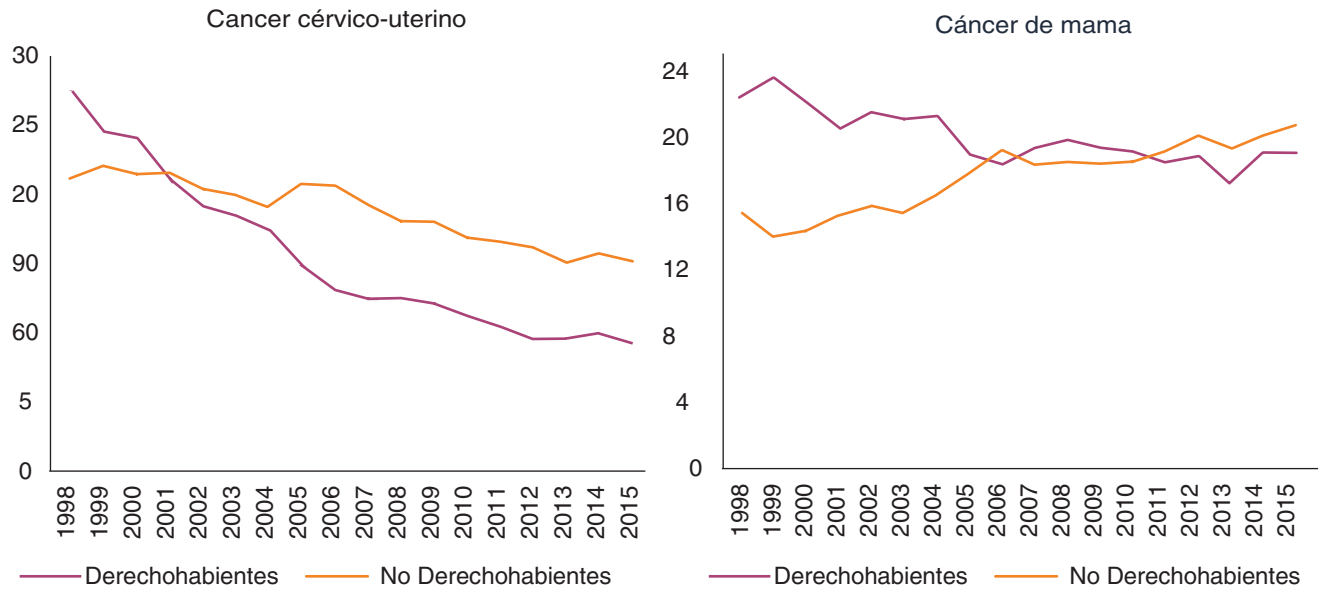
Fuente: Dirección de Prestaciones Médicas, IMSS.

Gráfica V.11.
Tendencias de mortalidad^{1/} por diabetes mellitus y enfermedades cardiovasculares, en derechohabientes y no derechohabientes del IMSS, 1998-2015 (tasa)



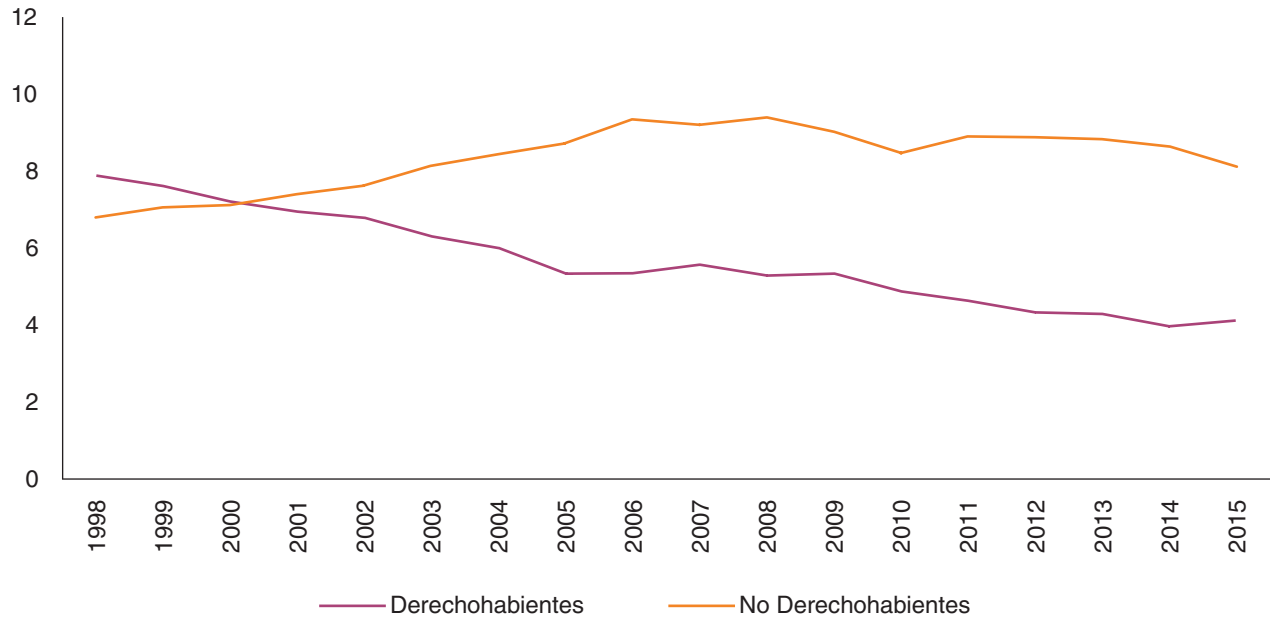
^{1/} Tasas por 100,000 en personas de 20 años y más, ajustadas por grupo de edad y sexo con población mundial estándar.
 Fuente: Consejo Nacional de Población; Instituto Nacional de Estadística y Geografía; IMSS.

Gráfica V.12.
Tendencias de mortalidad^{1/} por cáncer cérvico-uterino y cáncer de mama,
en derechohabientes y no derechohabientes del IMSS, 1998-2015
 (tasa)



^{1/} 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.

Gráfica V.13.
Tendencias de mortalidad^{1/} por SIDA, en derechohabientes y no
derechohabientes del IMSS, 1998-2015
 (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.

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.

Con relación a la detección de anticuerpos contra el VIH en embarazadas, en 2016 se realizaron 451,540 detecciones, de las cuales 132 resultaron reactivas. Se confirmaron 43 embarazadas infectadas con VIH, mediante prueba rápida voluntaria, quienes desconocían su estado serológico; a través del inicio oportuno de tratamiento específico y la aplicación de medidas preventivas para la transmisión perinatal, se tiene un impacto favorable en la salud materna y en la reducción de la incidencia y la mortalidad infantil por esta causa.

Atención del infarto agudo del corazón

Las enfermedades cardiovasculares (cardiopatía isquémica, enfermedad cerebrovascular y enfermedades hipertensivas) 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; desde hace 15 años ocupan el primer lugar en mortalidad en el mundo, principalmente por cardiopatía isquémica e infarto cerebral. En 2015 se reportaron 56.4 millones de muertes por 10 causas, de las cuales 15 millones de muertes fueron por causas cardiovasculares. El Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), por su parte, en 2015 reportó 121 mil muertes por estas enfermedades (una cada 4.3 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 (OCDE) 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 y en 2015 se mostró un ligero incremento a 28%.

En 2015, en el IMSS estas enfermedades fueron primer motivo de Consulta Externa (17.5 millones), tercer motivo de egreso hospitalario (105 mil) y quinto motivo de consulta en Urgencias (762 mil). En 2013 se reportaron 38 mil muertes por esta causa (una cada 13 minutos, a diferencia de la citada arriba por el INEGI).

El tratamiento del infarto agudo del corazón 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 2 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 del corazón; de estos, a 8% se les realizó cateterismo en sala de 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 instaurado 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 (en hospitales de tercer nivel) o la terapia fibrinolítica (en hospitales de segundo nivel) en los primeros 30 minutos de su llegada al servicio.

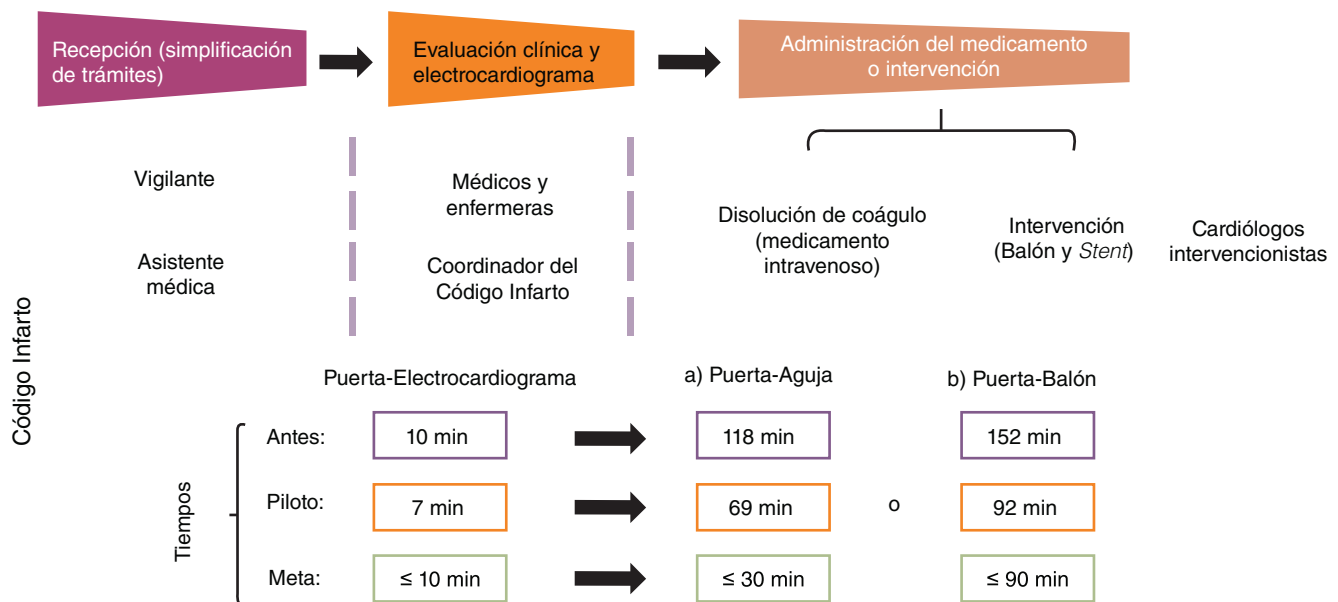
La instrumentación del Código Infarto se inició como un piloto el mes de febrero de 2015 en el Hospital de Cardiología del Centro Médico Nacional "Siglo XXI" y su área de influencia, que cuenta con 9 hospitales y dos Unidades de Medicina Familiar. Se capacitó a más de 1,000 trabajadores de la salud y 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, todos los 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).

El piloto permitió visualizar que la estrategia Código Infarto mejoraba la calidad de la atención en los pacientes con Infarto Agudo del Corazón en el IMSS debido a una reducción significativa en los tiempos de atención y disminución de la mortalidad en más de 50%. Debido a ello se planeó en 2016 implementar la estrategia al menos en 10 Centros Médicos de tercer nivel de atención distribuidos en todo el país al final de esta Administración, 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.

A finales de 2015 se inició la implementación de este programa en la zona norte de la Ciudad de México y áreas conurbadas, logrando así una de las aplicaciones del Código Infarto más grande de América Latina, con alta complejidad en la densidad poblacional y en el tránsito con apego a la estrategia del piloto.

Gráfica V.14.
Implementación del Código Infarto



Fuente: Dirección de Prestaciones Médicas, IMSS.

En 2016 se logró iniciar la implementación de la estrategia a nivel nacional, logrando consolidar 12 redes de atención para Código Infarto; ésta incluyó 170 Unidades del IMSS, de las cuales 11 fueron de tercer nivel, 104 de segundo nivel y 55 Unidades de Medicina Familiar; distribuidas en 24 delegaciones, con una cobertura de 44.1 millones de derechohabientes, como un protocolo estandarizado de atención. Desde el inicio del programa piloto en 2015 se han incluido 5 mil pacientes, logrando reducir en 37.5% la proporción de pacientes que no recibían alguna estrategia para abrir la arteria obstruida que ocasionó el infarto, así como 22 minutos menos en la aplicación del medicamento intravenoso, 78 minutos menos en el procedimiento de Hemodinamia y, lo más importante, 52.6% menor mortalidad.

La estrategia Código Infarto ha sido exitosa debido a una excelente coordinación entre los 3 niveles de atención, se eliminaron barreras y se mejoró la comunicación entre personal médico y no médico, con un mismo objetivo y protocolo de atención. Se crearon en el área metropolitana 2 Centros Reguladores del Código Infarto (CReCI), los cuales son centros de llamado (8009EMERGE) que permiten recibir llamadas las 24 horas del día, los 7 días de la semana; regulan la oferta y demanda entre los servicios de Urgencias, salas de Hemodinamia y camas de Terapia Intensiva, y permiten visualizar los electrocardiogramas por expertos todo el tiempo.

En 2017 se pretende implementar la estrategia Código Infarto en las 11 delegaciones faltantes y, con ello, se tendrá una cobertura histórica en todo el país, incluso con la posibilidad de intercambiar esta estrategia con otros sectores.

De la mano con la estrategia Código Infarto, se ha implementado un programa de Rehabilitación Cardíaca Temprana en 1,064 pacientes en el Hospital de Cardiología del Centro Médico Nacional “Siglo XXI”, logrando reducir con ambas estrategias 2 días de terapia intensiva, 1 día de hospitalización y 10 días de incapacidad laboral⁹⁹. Se pretende que, al finalizar la Administración, se logre implementar la Rehabilitación Cardíaca Temprana en las 12 redes de atención de Código Infarto.

De manera paralela a la implementación de esta estrategia, en febrero de 2016 se inició la capacitación mediante el curso en línea del Código Infarto instalado en la plataforma de la Coordinación de Educación en Salud del IMSS, lo que permitió superar la meta de capacitar a 5 mil médicos de Urgencias en 2016, logrando 120%, es decir, se inscribieron 6,019 médicos de Urgencias. Al finalizar la Administración, se pretende superar la capacitación de 10 mil médicos tanto de los servicios de Urgencias, como de Medicina Interna, Terapia Intensiva y Residentes, así como extenderla a Enfermería.

Atención a pacientes diabéticos

Las complicaciones de la diabetes pueden evitarse si la enfermedad se detecta a tiempo y se controla de manera adecuada a los pacientes que ya la padecen. En 2015, el IMSS tuvo registro de 3.8 millones de pacientes con diabetes, de los cuales acudieron a consulta de control por su médico familiar 2.7 millones. La mayor parte de los diabéticos (98%) 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

⁹⁹ Fuente: Cédula mensual de Rehabilitación Cardíaca y Código Infarto, Base de datos “Piloto” UMAE Cardiología CMN “Siglo XXI”, y el RenascalIMSS.

el último año, 18 mil médicos familiares otorgaron 82 millones de consultas, y lograron llevar a 39.3% de sus pacientes a las cifras de glucosa sanguínea suficientemente bajas para prevenir complicaciones, en comparación con 41.2% de años previos; porcentaje que puede y debe mejorarse. En un esfuerzo por aumentar este control, desde hace 8 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. Durante 2016 funcionaron 136 módulos que atendieron a 87 mil pacientes (3.25% del total de diabéticos atendidos) con un logro de 48% de pacientes en el control de la glucosa (cuadro V.19).

Es importante mencionar que la baja cobertura de estos módulos hace necesario extender el modelo de atención multidisciplinaria a todos los médicos familiares. De noviembre de 2015 a diciembre de 2016, se piloteó el Modelo de Atención a Enfermos Crónicos en 6 Unidades de Medicina Familiar: la No. 41 de la Delegación Norte y la No. 43 de la Delegación Sur de la Ciudad de México; las No. 64 y 67 de la Delegación Oriente y las No. 61 y 222 de la Delegación Poniente del Estado de México. El modelo contempla el seguimiento de pacientes desde la sospecha de

prediabetes y diabetes, confirmación del diagnóstico, hasta el tratamiento por el equipo multidisciplinario (médico familiar, enfermera, trabajador(a) social, nutricionista, activador(a) físico(a) y asistente médica), que trabajará con un mismo objetivo: otorgar a los pacientes diabéticos y prediabéticos un tratamiento integral para la modificación de los estilos de vida. Se logró diagnosticar a 77% de los pacientes sospechosos de prediabetes y diabetes. Se confirmaron 799 pacientes prediabéticos, de los cuales 161 fueron atendidos a los 3 y 6 meses, obteniendo 42% de reversión del estado prediabético (glucosa plasmática en ayuno < 100 mg/dl). Con relación al tratamiento integral en la población que vive con diabetes (tratamiento farmacológico más educativo), aumentó 9.1% el control con hemoglobina glucosilada < 7%, 16.9% el control de presión arterial sistémica y 1.3% el control de colesterol LDL.

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 año 2030.

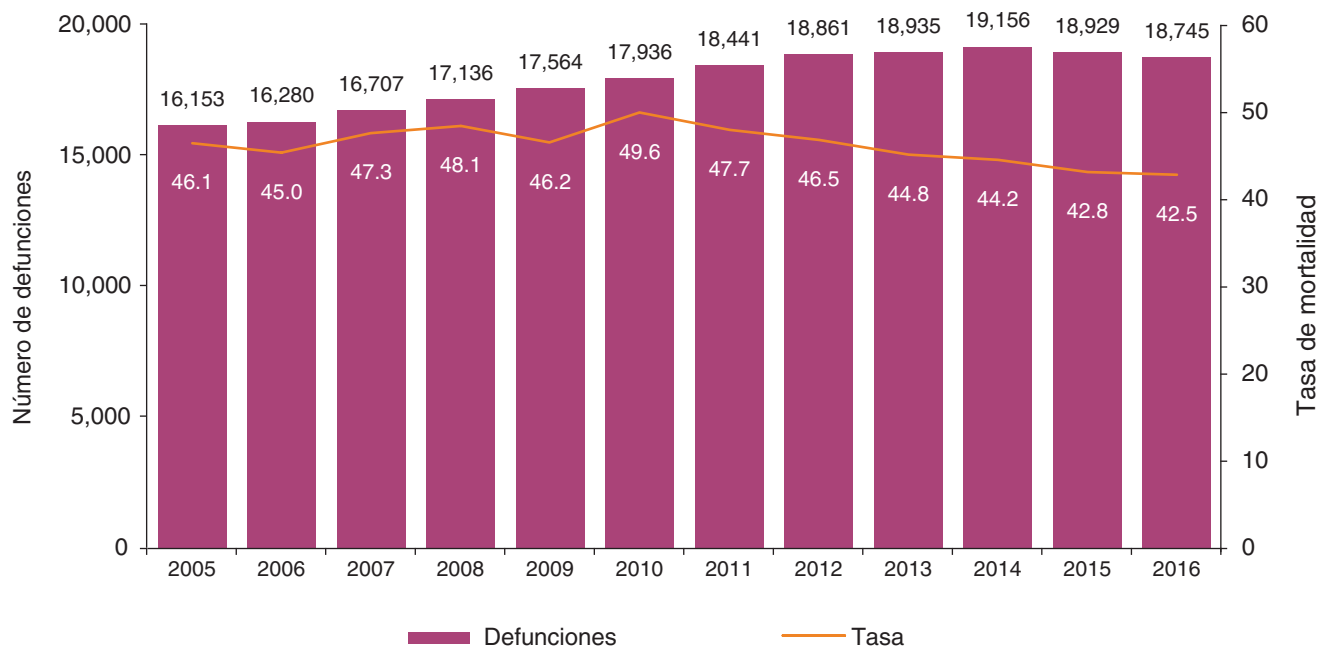
En el IMSS, los tumores malignos representaron la tercera causa de muerte en 2015, para el año 2016 se reportan con 18,443 defunciones (gráfica V.15).

Cuadro V.19.
Comportamiento de Módulos DIABETIMSS

Año	Número de pacientes	Número de pacientes con complicaciones incipientes	Número de pacientes con control metabólico	% de control metabólico
2014	99,697	26,076	51,288	51
2015	91,830	27,509	43,160	47
2016	87,694	26,713	41,769	48

Fuente: IMSS.

Gráfica V.15.
Número de defunciones y tasa de mortalidad^{1/} por tumores malignos, IMSS, 2005-2016



^{1/} Por 100,000 derechohabientes adscritos a médico familiar.
 Fuente: Sistema de Mortalidad del IMSS (SISMOR), 2005-2016.

Dicho padecimiento presentó un incremento en el número de fallecimientos del año 2005 hasta 2014 y posteriormente una disminución paulatina, mientras la tasa de mortalidad muestra tendencia a la baja a partir de 2010. Para 2016, el cáncer sigue siendo la tercera causa de mortalidad general en población derechohabiente; la primera en mujeres de 20 a 59 años y la segunda en hombres del mismo grupo de edad; la primera en adolescentes de 10 a 19 años; la tercera en adultos mayores de 59 años, y la cuarta en niños menores de 10 años, con gran impacto en años perdidos por muerte prematura y años vividos con discapacidad.

De las principales causas de mortalidad por cáncer, de acuerdo con el órgano o sitio de afección, los más frecuentes en la mujer de 20 años y más son: mama, cuello uterino, hígado y vías biliares, ovario, pulmón; en el hombre son: próstata, pulmón, hígado y vías biliares, colon-recto y gástrico (cuadro V.20). 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 2 programas de detección para 2 tipos de cáncer en la mujer: el de cuello uterino y el de mama. Al comparar 2015 vs. 2016, se incrementó 28,682 el número de mastografías de tamizaje en la mujer de 40 a 49 años, y disminuyó en 74,361 en el grupo de 50 a 69 años (cuadro V.21). 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) El 24 de abril de 2015 iniciaron las actividades en el Centro de Referencia Estatal para la Atención del Niño en Chiapas (ONCOCREAN), ubicado en el Hospital General de Zona No. 1 de Tapachula. A diciembre de 2016 se han dado 83 consultas de primera vez, 654 subsecuentes y 298 ingresos. Se han otorgado 1,888 quimioterapias

Cuadro V.20.
Tasas de mortalidad por cáncer, según tipo y sexo en
derechohabientes de 20 años y más, 2005-2016

Mujeres		Hombres	
Neoplasia por órgano específico	Tasa de mortalidad X 100 mil DH ^{1/}	Neoplasia por órgano específico	Tasa de mortalidad X 100 mil DH ^{1/}
Mama	8.8	Próstata	7.8
Cuello uterino	4.9	Pulmón	6.9
Leucemias	3.3	Leucemias	4.5
Ovario	3.4	Colon y recto	5.7
Colon y recto	3.4	Estómago	3.8

^{1/} Derechohabientes Adscritos a médico familiar.

Fuente: Sistema de Mortalidad del IMSS (SISMOR), 2005-2016.

Cuadro V.21.
Número de mastografías de tamizaje, según
grupo de edad, años 2015 y 2016

Mujeres de 40 a 49 años		Mujeres de 50 a 69 años	
2015	2016 ^{1/}	2015	2016 ^{1/}
146,881	175,563	997,089	922,728

^{1/} Información estimada a diciembre de 2016.

Fuente: Sistema de Información de Atención Integral a la Salud (SIAIS).

(1,305 intravenosas, 137 intratecales y 446 subcutáneas), como se muestra en el cuadro V.22.

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 (RIC). A diciembre de 2016 se encuentran registrando las Unidades Médicas de los tres niveles de atención de 15 delegaciones (Chihuahua, Coahuila, CDMX Norte, CDMX Sur, Durango, Jalisco, México Oriente, México Poniente, Nuevo León, Puebla, Querétaro, San Luis Potosí, Tamaulipas, Tlaxcala y Zacatecas). Al 31 de diciembre de 2016 había 163,703 registros, en los 14 módulos que lo conforman. El módulo de detección de cáncer cérvico-uterino tiene 77,101 registros y el de cáncer de mama 40,091 con edad promedio de 53.96 ± 12.04 años; de éstas, 100% corresponde a mujeres. El módulo

de anatomía patológica tiene 7,970 registros, de ellos 24.3% corresponde a patología de mama y otro 18.2% al aparato genital femenino. Existen 302 registros en el módulo de leucemias, 169 en el de linfomas y 12 de mieloma. El tiempo promedio en días laborales para realizar el diagnóstico histopatológico de cáncer es de 12 días; el de días laborales entre la programación de la cirugía y la realización de la misma es de 7.68 días y de días laborales entre la evaluación del paciente y la aplicación de quimioterapia de primera vez, de 3.74 días.

iii) En seguimiento a las acciones que propician o fortalecen los cuidados paliativos, en Unidad Médica de Alta Especialidad, para el año 2016, se dispone de 8 clínicas de dolor, 7 otorgan servicios de cuidados paliativos, una otorga atención domiciliaria, 5 proporcionan asesoría telefónica respecto al tema, 8 otorgan consulta y 10 proporcionan interconsulta a pacientes hospitalizados. El número de cursos impartidos sobre cuidados paliativos fue de 35.

Donación y trasplantes de órganos, tejidos y células

Los trasplantes representan la mejor opción de tratamiento para las enfermedades crónico-degenerativas susceptibles a este procedimiento, ya que permite mejorar la calidad y cantidad de vida y,

Cuadro V.22.
Número de atenciones en el Centro de Referencia Estatal para la Atención del Niño en Chiapas, 2016

Mes	Consultas			
	Primera vez	Subsecuente	Ingresos	Quimioterapia
Mayo-diciembre 2015	33	122	51	303
Enero-diciembre 2016	50	532	247	1,585
Subtotal	83	654	298	1,888
Total		737		

Fuente: Reporte de productividad ONCOCREAN 2016.

en el caso del trasplante renal o de córnea, genera ahorros de hasta 40%. 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) fortalecimiento de los programas de trasplantes, mejorando la cantidad y calidad de los procedimientos; iv) capacitación de nuevo personal, y v) gestión suficiente y oportuna de recursos.

En 2016 el Instituto realizó 55% del total de trasplantes renales y 77% de los trasplantes de corazón practicados en el Sistema Nacional de Salud. La realización de trasplantes en el IMSS se incrementó de 2,659 en 2015 a 2,867 en 2016 (gráfica V.16), lo que representa un crecimiento de 8%. La sobrevida del injerto trasplantado a un año fue superior a 92%, cifra similar a la de los países desarrollados.

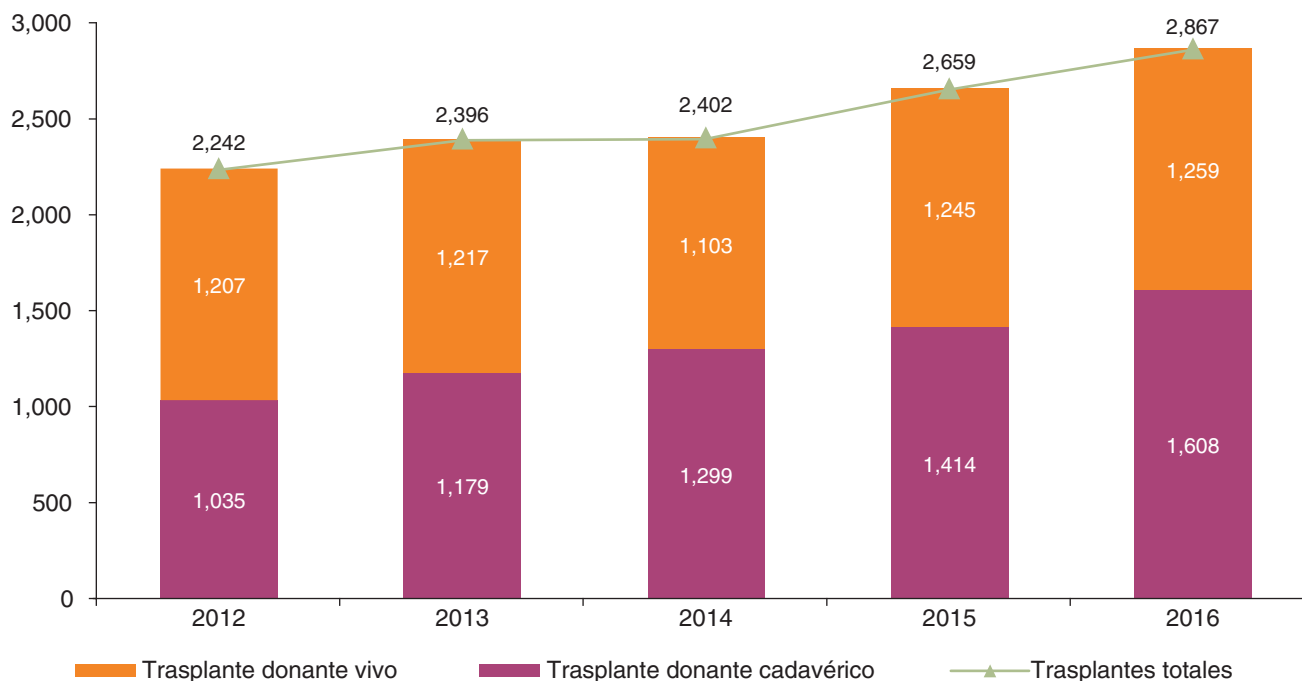
Durante 2016 se llevaron a cabo 26 trasplantes de corazón, 970 trasplantes de córnea, con incremento de 13% respecto a 2015; 1,642 trasplantes de riñón, con incremento de 3%; 187 de células progenitoras hematopoyéticas con crecimiento de 30%, y 42 trasplantes hepáticos, con incremento de 45%.

Se ha incrementado la red hospitalaria de donación de 38 hospitales en 2008 a 68 en 2016, 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 4 en 2008 a 49 en 2016. Estas acciones permitieron incrementar la donación cadavérica en 21.2%, pasando de 600 en 2015 a 728 en 2016; esto significa una tasa de 13.4 donaciones por millón de derechohabientes, lo que llevó a incrementar en 14% los trasplantes de donante cadavérico, pasando de 1,414 en 2015 a 1,608 en 2016.

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. En los últimos años, las presiones financieras redujeron la inversión en formación de capital humano e investigación. La presente Administración ha puesto en marcha un agresivo programa de inversión en capacitación, formación de talento e investigación médica de punta que permita al Instituto retomar el liderazgo que lo ha caracterizado.

Gráfica V.16.
Incremento en trasplantes en el IMSS, 2012-2016



Fuente: Dirección de Prestaciones Médicas, IMSS.

V.7.1. Capacitación

Con el objetivo de mejorar la eficiencia y la capacidad resolutoria del personal, en 2016 se realizaron 9,111 cursos con la asistencia de 54,183 trabajadores del área de la salud. Estos logros representaron un incremento de 97.3% en el total de cursos y de 40% en el número de trabajadores capacitados, con respecto a lo realizado en el ejercicio 2015 (gráfica V.17).

Durante 2016 se implementaron 137 cursos a distancia para la formación, capacitación y actualización de los recursos humanos para la salud con 26,710 alumnos. Estos logros representaron aproximadamente un incremento de 20% de cursos y alumnos con respecto al año previo (gráfica V.18).

Con el objetivo de fortalecer la gestión de calidad, se continuó con la formación gerencial apoyada en Tecnologías de Información y Comunicación (TIC), mediante el Diplomado de Formación de Directivos

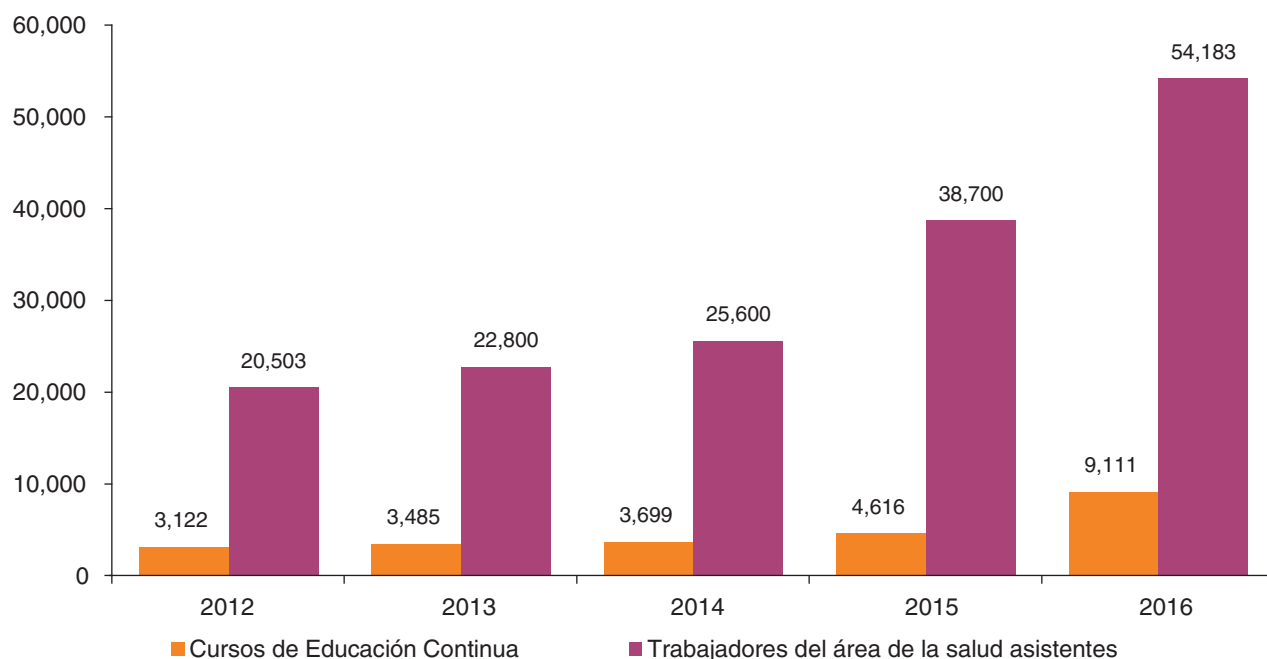
en Salud y el Diplomado de Habilidades Directivas en Medicina Familiar, con la formación de 472 médicos directivos institucionales. Con esta estrategia se han formado 2,142 directivos, lo que representa una meta acumulada de 39%.

El convenio de colaboración con el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) permitió a personal del área médica el acceso a becas al extranjero, autorizándose 2 para realizar cursos de posgrado y 18 para estancias de capacitación técnico-médica en su primer año de ejecución.

El convenio de colaboración con la Alianza Médica para la Salud permitió al personal del área médica acudir a seminarios en Europa, con lo cual se logró la participación de 14 médicos del Instituto en 2016.

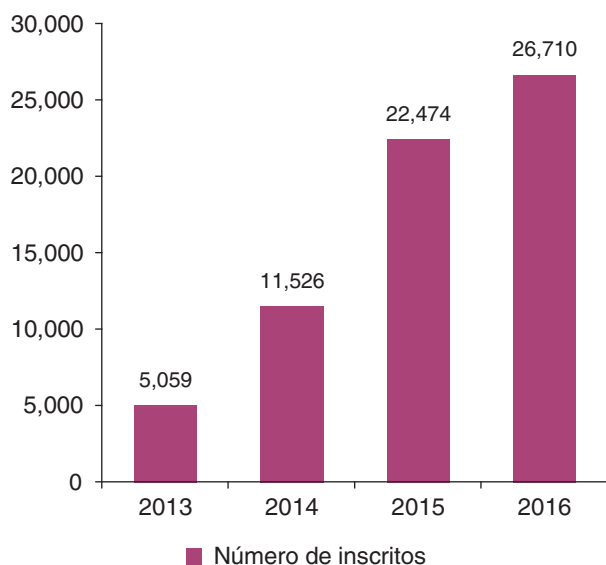
Como seguimiento a los acuerdos generados durante el Primer Foro Franco Mexicano de Intercambio de Mejores Prácticas Contra la Obesidad,

Gráfica V.17.
Cursos de educación continua y número de asistentes, 2012-2016



Fuente: Dirección de Prestaciones Médicas, IMSS.

Gráfica V.18.
Número de alumnos inscritos en cursos a distancia, 2013-2016



Fuente: Dirección de Prestaciones Médicas, IMSS.

realizado en abril de 2014, se refrendó el compromiso de continuar con los programas de capacitación y entrenamiento de médicos del IMSS en trasplante hepático en colaboración con la Universidad Claude Bernard y los Hospices Civils de Lyon, en aquel país, donde durante 2016 han completado su instrucción 8 médicos del Instituto.

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.

La participación en la creación de nuevos médicos especialistas ha distinguido al IMSS como la institución de salud líder en el país. Para el ciclo académico 2016-2017, el Instituto cuenta con 12,667 médicos en formación; de estos, 4,298 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 2 años, con la finalidad de que los residentes puedan practicar y simular diversos procedimientos diagnósticos y terapéuticos antes de realizarlos en los pacientes.

Uno de los objetivos de la Dirección de Prestaciones Médicas es fortalecer el desempeño laboral del personal directivo de Enfermería en los 3 niveles de atención, con la finalidad de establecer estrategias de mejora en los procesos de atención de enfermería. Durante 2016 se desarrollaron actividades de capacitación para personal directivo de Enfermería que se incorpora a la función gerencial a nivel delegacional con la participación de 44 asistentes de las categorías a los puestos de coordinadoras delegacionales de Atención Médica y Salud Pública, enfermeras del equipo de Supervisión, directoras de Unidades Médicas de Alta Especialidad y directoras de Escuelas de Enfermería.

Con el objetivo de garantizar las mejores prácticas que permitan otorgar una atención libre de riesgos y con la oportunidad que requiere la población derechohabiente, se capacitó a 360 enfermeras en temas relacionados con “Manejo de Vacunación Segura”, “Sistemas de Registros de Fuentes Primarias de Enfermería” y “Gestión de Riesgos en los Procesos de Atención de Enfermería”.

V.7.3. Investigación

La investigación en salud es un proceso estratégico en el IMSS. Las actividades de investigación se realizan tanto en las Unidades de Atención Médica como en las 40 Unidades de Investigación (21 de Investigación Médica, 10 de Investigación Epidemiológica y en Servicios de Salud, y 9 de Investigación en Epidemiología Clínica) y 5 Centros de Investigación Biomédica.

Como parte del fortalecimiento de la infraestructura y equipamiento de las Unidades y Centros de Investigación en Salud del IMSS en las diferentes regiones del país, se emitió la Convocatoria para el Apoyo Financiero para la Conservación de Equipos que Sustenten el Desarrollo de Actividades de Investigación 2016 (Cadena Fría), en la que se beneficiaron 43 solicitudes emitidas por Unidades y Centros de Investigación del Instituto.

En diciembre de 2016, 467 profesionales de la salud contaron con calificación curricular de investigador institucional vigente, de los cuales 267 estuvieron contratados de tiempo completo para realizar actividades de investigación. De los profesionales con calificación curricular institucional de investigador 68.7% (321) mantuvieron nombramiento vigente por el Sistema Nacional de Investigadores (SNI), siendo el año con el mayor número de Investigadores IMSS con pertenencia a dicho Sistema, en la historia del Instituto. En 2016, entre los 267 investigadores de tiempo completo, 213 (79.8%) tuvieron nombramiento vigente del Sistema Nacional de Investigadores.

Durante 2016, se publicaron 1,078 artículos científicos, de los cuales 695 (64.5%) fueron incluidos en revistas indizadas; entre estos últimos, 457 (65.8%) se publicaron en revistas con factor de impacto, que representan incrementos respecto al ejercicio previo:

- 15.8% en la producción científica institucional total.
- 19.2% en artículos publicados en revistas indizadas.
- 9.3% en artículos publicados en revistas con factor de impacto.

La revista *Archives of Medical Research* se destacó como la revista médico-científica con el mayor factor de impacto en Latinoamérica (2.219) en el *Journal of Citation Reports*, lo que contribuye a mejorar los canales de difusión de la investigación científica y tecnológica.

En el ejercicio 2016, se emitieron 4 modalidades de Convocatorias de Concursos de Apoyo Financiero para el Desarrollo de Protocolos de Investigación y Desarrollo Tecnológico (general, temas prioritarios, temas específicos y conclusión de tesis de maestría y doctorado) en donde, conforme a estándares internacionales y pertinencia institucional, resultaron beneficiados 76 protocolos con la asignación de apoyos económicos para su desarrollo.

En lo referente a la formación de recursos humanos para la investigación, en el periodo que se informa, se asignaron 182 becas para realizar cursos de maestría o doctorado en investigación en salud, que representa una variación negativa de 17.6% respecto al ejercicio 2015. Hasta diciembre de 2015, las delegaciones y Unidades Médicas de Alta Especialidad informaron la graduación de 89 alumnos en los niveles de maestría o de doctorado en investigación en salud.

Hasta diciembre de 2016, el Instituto mantuvo, ante la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios, la vigencia en el registro de 97 Comités Locales de Investigación y Ética en Investigación en

Salud ubicados en todas las delegaciones y Unidades Médicas de Alta Especialidad; además de la Comisión Nacional de Investigación Científica ubicada a Nivel Central; durante el ejercicio de reporte, el Instituto autorizó el registro de 4,200 protocolos de investigación científica, siendo la cifra más alta de los últimos 10 años.

En el periodo que se informa, el Instituto presentó 7 solicitudes de registro de título de patente ante el Instituto Mexicano de la Propiedad Industrial (IMPI), con los títulos siguientes:

- “Extracto hidro-alcohólico de malva parviflora y su uso para prevenir y/o tratar síntomas asociados a trastornos neurológicos crónicos-degenerativos”, presentada el 7 de febrero de 2016.
- “Uso de un extracto de ageratina pichinchensis para el tratamiento de estomatitis aftosa recidivante menor”, presentada el 16 de junio de 2016.
- “Bastón blanco inteligente con evasión de obstáculos”, presentada el 16 de junio de 2016.
- “Uso de un extracto de moussonia deppeana para el tratamiento de artritis remumatoide”, presentada el 24 de junio de 2016.
- “Extracto de alvaradoa amorphoides, método de obtención y uso en el tratamiento de cáncer”, presentada el 6 de septiembre de 2016.
- “Extracto de serjania goniocarpa, método de obtención y uso en el tratamiento de cáncer”, presentada el 6 de septiembre de 2016.
- “Dispositivo introductor y posicionador de guías y catéteres intracorpóreos”, presentada el 1 de noviembre de 2016.

Durante el ejercicio 2016, el Instituto obtuvo el registro de un título de patente para:

- “Composición farmacéutica que comprende (+)(-)¹⁰⁰ transdehidrodiisoeugenol útil para el tratamiento de la tuberculosis”. El 25 de febrero de 2016 el IMPI otorgó el título de patente No. 336369.

En el ejercicio 2016, el Instituto celebró convenios de colaboración en materia de investigación científica con:

- Instituto Nacional de Salud Pública, celebrado el 8 de marzo de 2016.
- Centro de Investigación Científica de Yucatán, celebrado el 19 de septiembre de 2016.
- Universidad Nacional Autónoma de México, celebrado el 2 de marzo de 2016.
- Universidad Autónoma de Nuevo León, celebrado el 20 de mayo de 2016.
- Instituto Nacional de Medicina Genómica, celebrado el 1° de mayo de 2016.
- Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Monterrey, celebrado el 9 de noviembre de 2016.

V.8. Reforma del Sistema Nacional de Salud

Con el propósito de avanzar en la construcción de un Sistema Nacional de Salud Universal, el Instituto, como uno de los principales proveedores de servicios de salud a nivel nacional, ha impulsado estrategias destinadas a fortalecer la colaboración y el trabajo coordinado con las instituciones públicas de salud para consolidar proyectos como el intercambio de servicios. Con ello, se fomenta la integración de dichas instituciones y se establecen las bases hacia la universalización del sistema de salud.

¹⁰⁰ Los signos incluidos en “(+)(-) TRANSDEHIDRODIISOEGENOL” se refiere a la composición química de la invención; así aparece el nombre de la invención registrada ante el Instituto Mexicano de la Propiedad Intelectual.

V.8.1. Intercambio de servicios

El intercambio de servicios es una estrategia que busca optimizar la capacidad médica instalada en las instituciones que forman parte del Sistema Nacional de Salud a través del uso eficiente de los recursos físicos, humanos y económicos con los que cuentan las instituciones, a fin de garantizar el acceso a los servicios de salud, ampliar la cobertura médica, reducir los costos de atención y brindar atención médica oportuna a la población mexicana.

A partir de la firma del 12 de mayo de 2011 del Acuerdo General de Colaboración para el Intercambio de Servicios 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, se ha logrado la suscripción de convenios específicos de intercambio de servicios en las entidades federativas, con base en 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 y de acuerdo con las necesidades específicas de cada entidad federativa.

Por su parte, el Instituto ha promovido estrategias de colaboración y coordinación a nivel interinstitucional, fortaleciendo sus esfuerzos para consolidar el intercambio de servicios en sus delegaciones y Unidades Médicas de Alta Especialidad, a través de incrementar el número de convenios específicos suscritos. Como resultado de ello, en 2016 se

suscribieron 15 convenios específicos, 6 en Yucatán, 2 en Querétaro y 1 en Baja California Sur, Durango, Chihuahua, Sinaloa, Tabasco, Aguascalientes y San Luis Potosí, lo cual representa un incremento de 50% con respecto a lo programado.

De forma acumulada, desde 2012 hasta 2016, con información preliminar para este año, el Instituto ha referido 14,637 derechohabientes a otras instituciones públicas, atendiéndose 100,746 eventos. Asimismo, ha prestado atención médica a 1,756 no derechohabientes, atendiendo 2,760 eventos. A través de los convenios se han prestado servicios a los derechohabientes como la hospitalización psiquiátrica, ultrasonidos, radioterapias, resonancias magnéticas diversas, cateterismos, sesiones de terapia física, hemodiálisis, atenciones obstétricas, exámenes de laboratorio, entre otros. De esta manera, el IMSS ha otorgado servicios como atenciones de partos y legrados, apendicectomías, placas simples diversas y consulta de especialidad, entre otras.

Algunos de los beneficios adicionales del intercambio de servicios para los usuarios se originan al recibir atención médica en su lugar de residencia; por ejemplo, en Baja California Sur, donde se ha logrado disminuir el tiempo de traslado de 4 horas vía aérea, aproximadamente, en viaje redondo de La Paz a Ciudad Obregón, Sonora, a 30 minutos, cuando el paciente se deriva a la unidad médica de otra institución dentro del mismo municipio de La Paz. Adicionalmente, el Instituto ha provisto servicios a otras instituciones en localidades en donde cuenta con una mayor capacidad instalada, como en Guerrero Negro en Baja California Sur, contribuyendo así a fortalecer y ampliar la cobertura médica para la población.

A fin de consolidar la suscripción de convenios a nivel nacional, así como participar en las estrategias interinstitucionales para fortalecer el intercambio de servicios, el IMSS colaboró con la Secretaría de

Salud en la actualización de las necesidades de servicios de salud de las delegaciones y se conformó el diagnóstico de demanda para la identificación de las oportunidades de intercambio de servicios con las instituciones públicas de salud, que se llevó a cabo en colaboración con la Dirección General de Planeación y Desarrollo de la Secretaría de Salud.

A nivel institucional se llevaron a cabo estrategias de capacitación en las delegaciones y Unidades Médicas de Alta Especialidad, mediante una videoconferencia con los Jefes de Servicios de Prestaciones Médicas y Directores de esas Unidades y 2 cursos presenciales, uno llevado a cabo en la Ciudad de México y un taller en Oaxtepec, mediante los cuales se les capacitó con respecto a las herramientas interinstitucionales para la conformación y operación de los convenios de intercambio de servicios, así como en las estrategias sectoriales para impulsar nuevas formas de suscripción, lo cual incluyó la validación de la demanda de servicios institucional.

Derivado de ello se identificó un potencial para intercambiar servicios en todas las delegaciones del instituto, con lo cual se participa de una forma activa con el sector, a fin de consolidar el proyecto en las unidades médicas del IMSS y contribuir a la integración del Sistema Nacional de Salud.



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. El análisis se centra en evaluar la situación financiera del ramo de Guarderías y presentar la situación actual de las Prestaciones Sociales, dada su relevancia en materia de bienestar social para los derechohabientes.

El Seguro de Guarderías favorece el desarrollo integral de niñas y niños con un servicio de alto valor educativo y nutricional, y la preservación, promoción y fomento de la salud; es así que el IMSS confirma su compromiso de brindar seguridad social a los derechohabientes, en este caso a las madres trabajadoras y sus hijos.

Por otro lado, la situación financiera del Instituto de los últimos años ocasionó que las prestaciones sociales pasaran a un segundo plano, ya que la calidad de servicios médicos, las finanzas públicas y la eficiencia administrativa fueron, entre muchos

otros, los temas prioritarios en la agenda. Sin embargo, gracias al saneamiento financiero, el actual Director General del IMSS retomó la visión de un Instituto enfocado al desarrollo integral de la persona, por lo que se planteó la meta de regresarle a la Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales (DPES), la posición de ser una de las áreas sustantivas del IMSS, así como fortalecer su facultad como un asegurador orientado al bienestar de los derechohabientes. Esta área tiene la responsabilidad de otorgar, entre otros, Seguro de Guarderías y Prestaciones Sociales tales como Unidades Deportivas, Centros de Seguridad Social, Centros Vacacionales, Teatros y Centros de Artesanías, todos orientados a fomentar un estilo de vida saludable, prevenir enfermedades y accidentes y, en general, a elevar la calidad de vida de las personas (cuadro VI.1).

VI.1. Estado de actividades

Con base en el Artículo 277 E de la Ley del Seguro Social, el cuadro VI.2 presenta el estado de actividades del Seguro de Guarderías y Prestaciones Sociales para el ejercicio 2016, considerando dos escenarios para el reconocimiento del costo neto del periodo del Régimen de Jubilaciones y Pensiones: i) con registro parcial, mismo que se refiere a los pagos realizados por concepto del Régimen de Jubilaciones, Pensiones y Prima de Antigüedad, y ii) con registro total¹⁰¹. El resultado del ejercicio de este seguro fue equivalente a un superávit de 4,264 millones de pesos con el registro parcial del costo neto del periodo de las obligaciones laborales del Instituto, y un déficit de 41,394 millones de pesos con el efecto del reconocimiento total de las obligaciones.

Cuadro VI.1.
Prestaciones del Seguro de Guarderías y de las 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.

¹⁰¹ Para más detalles sobre el costo neto del periodo ver el Capítulo X, sección X.1.1.

Cuadro VI.2.
Estado de actividades del Seguro de Guarderías y Prestaciones Sociales,
al 31 de diciembre de 2016
(millones de pesos corrientes^{1/})

Concepto	Con registro parcial	Con registro total
	Costo neto del periodo	Costo neto del periodo
Ingresos y otros beneficios		
Ingresos de la gestión		
Cuotas y aportaciones de seguridad social	20,312	20,312
Ingresos por venta de bienes y servicios		
Ingresos por venta de bienes y servicios de organismos descentralizados	378	378
Otros ingresos y beneficios		
Ingresos financieros		
Intereses ganados de valores, créditos, bonos	15	15
Otros ingresos y beneficios varios ^{2/}	416	388
Total de ingresos	21,122	21,093
Gastos y otras pérdidas		
Gastos de funcionamiento		
Servicios de personal ^{2/}	4,656	4,521
Materiales y suministros	424	424
Servicios generales y subrogación de servicios	9,678	9,678
Otros gastos y pérdidas		
Estimaciones, depreciaciones y deterioro	299	299
Otros gastos	104	104
Pagos a pensionados y jubilados IMSS ^{2/}	1,697	1,804
Costo por beneficios a empleados (RJP) ^{3/}	0	45,656
Total de gastos	16,858	62,487
Resultado del ejercicio	4,264	-41,394

^{1/} Los totales pueden no coincidir debido al redondeo de cifras.

^{2/} En el rubro de Otros ingresos y beneficios varios con registro total no se consideran 28 millones, por la recuperación de la nómina de jubilados del Programa IMSS-PROSPERA, ya que se incluye en el rubro de Pagos a pensionados y jubilados IMSS. Asimismo, en el rubro de Servicios de personal con registro total no se consideran 135 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.

^{3/} El costo neto del periodo determinado por el despacho externo AON México, Business Support, S. A. de C. V. se integra por los rubros de Pagos a pensionados y jubilados IMSS y el Costo por beneficios a empleados (RJP); la determinación del costo neto de 2016 para Régimen de Jubilaciones y Pensiones y para Prima de Antigüedad e Indemnizaciones en favor de los Trabajadores del Instituto Mexicano del Seguro Social se realizó considerando la transición a la nueva NIF D-3 "Beneficios a los Empleados" y las Mejoras 2017, con lo que se elimina el factor de reconocimiento gradual de las partidas pendientes de amortizar en el cargo a resultados y se incorpora el reconocimiento inmediato del saldo pendiente de amortizar, por lo que para este seguro se realizó una asignación de 47,460 millones de pesos.

VI.2. Proyecciones financieras de largo plazo

En el cuadro VI.3 se observa que al cierre de 2017 el Seguro de Guarderías y Prestaciones Sociales presentará un superávit de 2,094 millones de pesos. En el largo plazo se estima que los ingresos crecerán en 2.6% en promedio en cada año; mientras que los gastos lo harán a un ritmo de 3.1%. El mayor crecimiento de los gastos se deriva de que se

proyecta un incremento en la afiliación que traerá como consecuencia una mayor demanda de servicios de guardería.

La proyección de la situación financiera de este Seguro indica que la prima actual de 1% del salario base de cotización es apenas suficiente para hacer frente a sus gastos hasta el año 2050¹⁰². Por lo que, ante un escenario de ampliación de cobertura del servicio de guardería, este Seguro podría presentar insuficiencia financiera.

Cuadro VI.3.
Presupuesto 2017, cierre 2017 y proyección 2018-2050 de ingresos, gastos y resultado financiero del Seguro de Guarderías y Prestaciones Sociales
(millones de pesos de 2017)

Concepto	2017		2018	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050
	Presupuesto	Cierre estimado								
Ingresos										
Cuotas obrero-patronales	20,620	20,799	21,319	22,533	26,194	30,527	35,184	39,976	44,525	48,352
Aportación del Gobierno Federal	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Otros ^{1/}	131	133	134	135	148	168	183	195	200	198
Ingresos totales	20,751	20,932	21,453	22,668	26,342	30,694	35,368	40,171	44,725	48,550
Gastos										
Corriente ^{2/}	16,875	16,849	17,281	18,950	22,355	26,424	31,245	36,156	41,827	48,375
Prestaciones económicas ^{3/}	2,653	1,989	2,099	2,295	2,900	3,453	3,919	3,680	3,301	2,728
Inversión física	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Gastos totales	19,528	18,838	19,380	21,245	25,255	29,877	35,164	39,836	45,129	51,103
Resultado financiero	1,223	2,094	2,073	1,423	1,087	817	204	335	-403	-2,553
Primas (% del salario base de cotización)^{4/}										
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)	0.95	0.91	0.91	0.94	0.96	0.98	1.00	1.00	1.01	1.06
Media nivelada (PMN)	0.981	0.982	0.982	0.982	0.982	0.982	0.982	0.982	0.982	0.982
Diferencia (PMN-PC)	-0.019	-0.018	-0.018	-0.018	-0.018	-0.018	-0.018	-0.018	-0.018	-0.018

^{1/} Incluye: otros ingresos, productos financieros de las reservas, recuperación adeudo Régimen de Jubilaciones y Pensiones IMSS-PROSPERA 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 (RJP).

^{4/} 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.

¹⁰² Estas proyecciones contemplan metas conservadoras equivalentes a 2.6%, en promedio anual, en la ampliación de la cobertura del servicio de guardería.

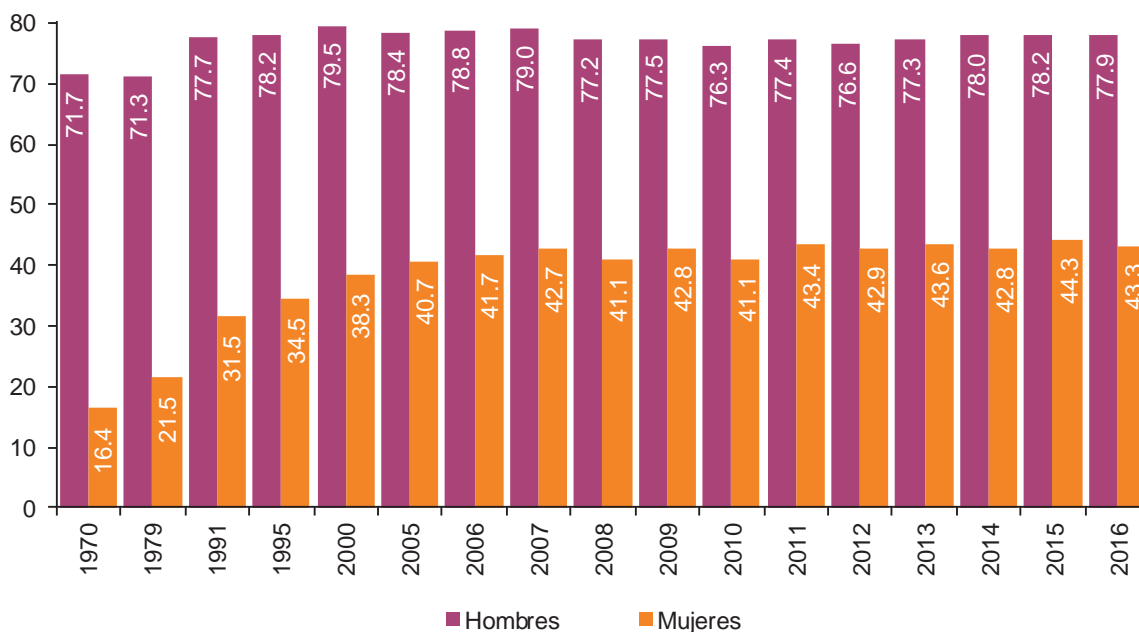
VI.3. Guarderías del IMSS mejor que nunca

En las últimas décadas, el aumento en la participación de las mujeres en la fuerza laboral ha provocado un enorme cambio social, político y económico en el país. De acuerdo con cifras del INEGI, la tasa de participación de las mujeres en la economía de México, al cierre de 2016, fue de 43%, cuando en 1970 apenas era superior a 15% como se muestra en la gráfica VI.1. A pesar de este enorme aumento en su participación en la economía, debido a la prevalencia de estructuras familiares tradicionales, las mujeres suelen ser las encargadas del hogar, así como del cuidado de los hijos. Esto ha provocado que sea indispensable que las familias encuentren alternativas para el cuidado de los niños, mientras madres y padres desempeñan las actividades laborales.

El servicio de guardería del Instituto tiene capacidad para proporcionar atención y cuidado a más de 230 mil niños desde los 43 días de nacidos hasta los 4 años de edad. Este servicio no sólo incluye el cuidado y protección diaria de los niños, sino el desarrollo de aspectos socio-afectivos, de psicomotricidad, de salud y cognitivos. Al encontrar en las guarderías un ambiente adecuado para la atención y educación de los menores, las madres beneficiarias pueden realizar sus labores con tranquilidad. De esa manera, se favorece el desarrollo de los niños al integrarlos, durante la primera infancia, con un servicio de alto valor educativo, nutricional y de fomento de la salud, fundamentales para generar hábitos indispensables para la vida.

La cobertura del servicio de guardería ha sido y continúa siendo una prioridad para el IMSS. El Instituto presta el servicio de manera directa en sus

Gráfica VI.1.
Tasas de participación laboral por sexo, 1970-2016
 (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; 2000-2016, Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), Indicadores Estratégicos, Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (ENOE) al cuarto trimestre de cada año.

propias instalaciones, por medio de los esquemas Ordinario y Madres IMSS, así como de manera indirecta por medio de terceros, a través de los esquemas Vecinal Comunitario Único, del Campo, y Guardería Integradora.

A diciembre de 2016, el IMSS tenía 142 guarderías de Prestación Directa que representaban 10% de las guarderías totales, con una capacidad instalada de 29,633 lugares; mientras que las guarderías de Prestación Indirecta, contaban con 1,233 unidades, lo que representa 88% de las guarderías, con una capacidad instalada de 206,600 lugares. En total, el Instituto contó con 1,375 guarderías con capacidad de 236,233 lugares, como puede observarse en el cuadro VI.4, los cuales se encuentran desagregados por delegación en el cuadro VI.5.

VI.3.1. Análisis financiero complementario del ramo de Guarderías

El Artículo 211 de la Ley del Seguro Social establece que la prima para el financiamiento del Seguro de Guarderías y Prestaciones Sociales es de 1% del salario base de cotización. De la cual, al menos 80% corresponde al financiamiento del ramo de Guarderías.

El cuadro VI.6 presenta la situación financiera de los últimos 6 años del ramo de Guarderías, el cual se expresa en pesos constantes de 2017. De dicho cuadro destaca que en 2016 este ramo presentó un excedente de ingresos sobre gastos de 3,621 millones de pesos, cifra superior en 28% a la registrada en el año anterior. En general, se observa una tendencia creciente en el excedente del periodo analizado del orden de 24%, en promedio anual.

Cuadro VI.4.
Estadísticas del servicio de guarderías del IMSS, 2009-2016

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
2015	1,386	235,586	196,709	17,854	214,563	83.5	8.3
2016	1,375	236,233	192,683	24,386	217,069	81.6	11.2

^{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 2016

Delegación	Número de guarderías	Capacidad instalada	Niños inscritos	Solicitudes pendientes	Demanda total	Ocupación (%)	Demanda no atendida (%)
	(a)	(b)	(c)	(d)	(e)=(c)+(d)	(f)=(c)/(b)	(g)=(d)/(e)
Jalisco	95	16,316	13,993	3,147	17,140	85.8	18.4
Nuevo León	83	12,805	10,797	4,103	14,900	84.3	27.5
Sonora	75	14,666	12,576	1,441	14,017	85.7	10.3
Chihuahua	87	16,392	12,426	612	13,038	75.8	4.7
Baja California	81	15,705	12,017	347	12,364	76.5	2.8
Ciudad de México Sur	69	13,241	10,362	1,003	11,365	78.3	8.8
Tamaulipas	73	13,269	10,254	490	10,744	77.3	4.6
Sinaloa	49	7,935	7,210	2,600	9,810	90.9	26.5
Guanajuato	58	11,185	9,227	543	9,770	82.5	5.6
Coahuila	59	10,180	8,238	1,517	9,755	80.9	15.6
Ciudad de México Norte	65	12,135	9,116	451	9,567	75.1	4.7
Estado de México Oriente	59	9,579	7,859	500	8,359	82.0	6.0
Michoacán	38	6,766	6,031	943	6,974	89.1	13.5
Querétaro	29	5,417	4,940	1,621	6,561	91.2	24.7
San Luis Potosí	29	5,130	4,555	964	5,519	88.8	17.5
Estado de México Poniente	34	6,022	4,610	179	4,789	76.6	3.7
Veracruz Norte	38	5,160	4,209	223	4,432	81.6	5.0
Puebla	37	5,189	4,117	195	4,312	79.3	4.5
Yucatán	33	5,065	3,989	317	4,306	78.8	7.4
Aguascalientes	25	4,543	3,849	241	4,090	84.7	5.9
Morelos	31	5,067	3,724	162	3,886	73.5	4.2
Quintana Roo	20	3,684	3,100	460	3,560	84.1	12.9
Colima	21	3,651	3,264	285	3,549	89.4	8.0
Zacatecas	29	3,657	3,061	260	3,321	83.7	7.8
Durango	17	3,192	2,769	511	3,280	86.7	15.6
Nayarit	18	3,122	2,773	170	2,943	88.8	5.8
Guerrero	15	2,920	2,389	382	2,771	81.8	13.8
Veracruz Sur	27	3,255	2,628	92	2,720	80.7	3.4
Baja California Sur	13	2,106	1,826	152	1,978	86.7	7.7
Hidalgo	18	2,693	1,853	83	1,936	68.8	4.3
Oaxaca	15	1,919	1,596	205	1,801	83.2	11.4
Chiapas	14	1,772	1,287	54	1,341	72.6	4.0
Tabasco	7	1,018	840	46	886	82.5	5.2
Campeche	8	814	620	52	672	76.2	7.7
Tlaxcala	6	663	578	35	613	87.2	5.7
Total	1,375	236,233	192,683	24,386	217,069	81.6	11.2

Fuente: Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales, IMSS.

Cuadro VI.6.
Estado de ingresos y gastos del ramo de Guarderías, 2011-2016
(millones de pesos de 2017)

Concepto	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Ingresos						
Cuotas obrero-patronales (1)	13,789	14,523	15,016	15,597	16,445	17,237
Otros ingresos (2)	1,089	1,353	193	111	311	309
Total de ingresos (3)=(1)+(2)	14,878	15,876	15,209	15,708	16,756	17,547
Gastos						
Gasto corriente						
Servicios de personal	2,714	2,792	2,792	2,806	2,852	2,853
Consumo de medicamentos, material de curación y otros	183	184	178	191	294	306
Mantenimiento	85	125	88	98	103	102
Servicios generales y subrogación de servicios	9,405	9,616	9,316	9,233	9,289	9,552
Régimen Jubilaciones y Pensiones IMSS	902	975	997	1,031	1,251	1,022
Total de gasto corriente (4)	13,290	13,692	13,371	13,359	13,788	13,835
Otros						
Intereses financieros	25	24	18	4	5	1
Castigos por incob. y fluctuación en precios	210	220	-326	113	130	87
Depreciaciones	9	13	14	8	5	7
Reversión de cuotas obrero-patronales	0	0	0	0	0	0
Total de otros (5)	245	257	-294	126	141	96
Total de gastos (6)=(4)+(5)	13,534	13,949	13,076	13,485	13,929	13,930
Excedentes						
Excedentes de ingresos sobre gastos (7)=(3)-(6)	1,344	1,927	2,133	2,223	2,827	3,616
Provisión obligaciones contractuales (8)	93	252	254	179	0	0
Provisión para reserva de gastos (9)	0	0	0	0	0	0
Traslado de la depreciación (10)	-12	-13	-13	-8	-5	-5
Total de provisiones y traslado (11)=(8)+(9)+(10)	81	239	241	170	-5	-5
Excedente neto de ingresos sobre gastos (12)=(7)-(11)	1,262	1,687	1,892	2,053	2,832	3,621

Nota: Con el fin de clarificar la situación del ingreso y gasto de guarderías, aunque contablemente el registro de la aportación patronal de 1% del Seguro de Guarderías y Prestaciones Sociales se registra en su totalidad en el ramo de Guarderías, en el cuadro se presenta en el rubro de ingresos únicamente 80% que correspondería a este ramo. Para efectos del gasto, estos reflejan las erogaciones realizadas tanto por la prestación del servicio de guardería, como lo correspondiente al prorrateo del gasto de las Direcciones Normativas que no tienen seguro asociado.

Fuente: Dirección de Finanzas, IMSS.

VI.3.2. Esfuerzos de expansión de lugares 2015

Como parte de las acciones realizadas para incrementar la capacidad instalada, durante 2015, se llevaron a cabo dos procedimientos de licitación pública de 76 partidas para la contratación del servicio de guardería, mediante los cuales fue posible efectuar la contratación de 22 guarderías que representan 5,096 lugares.

A partir de los resultados de los procedimientos de contratación de nuevas guarderías vía licitación pública efectuados en 2015, se identificaron áreas de oportunidad en los requisitos de participación y se realizaron las siguientes acciones:

- i) Redefinición de los polígonos donde se ubicarán las nuevas guarderías considerando la demanda del servicio y la oferta para el mismo.
- ii) Revisión de los requisitos arquitectónicos y de mobiliario, sin poner en riesgo la seguridad, optimizando los espacios.

iii) Difusión al público de las ventajas de instalar una guardería con el IMSS, a través de foros abiertos en las ciudades del país con mayor demanda del servicio y en cuatro foros en la Ciudad de México. En dichos foros, participaron más de 700 personas de todo el país, incluidas diversas cámaras empresariales.

Con la finalidad de que las guarderías adjudicadas durante los procedimientos de contratación de 2015 entren en operación y den servicio a los asegurados, el Instituto, a través de sus delegaciones, da seguimiento a la construcción, instalación y equipamiento de las nuevas guarderías hasta que se encuentren en condiciones óptimas para autorizar el inicio de operaciones de las unidades. Con ello se garantiza el cumplimiento de los requisitos para otorgar la adecuada prestación del servicio, con las condiciones de seguridad y calidad requeridas a los prestadores del servicio. A febrero de 2017, habían iniciado operaciones 10 nuevas guarderías cuya construcción terminó durante 2016.

Continúan los trabajos para la construcción e inicio de operaciones de guarderías en Baja California, Baja California Sur, Guanajuato, Tamaulipas, Jalisco y Quintana Roo. Los retrasos en la construcción han obedecido a diversas situaciones a cargo de los prestadores de servicio. En estos casos, se aplican penas convencionales, conforme a lo establecido en los contratos y en la Ley de Adquisiciones y Arrendamientos de Servicios del Sector Público (LAASSP) y su Reglamento.

VI.3.3. Primer grado de preescolar en las guarderías del IMSS

La educación preescolar forma parte de la educación básica obligatoria, como lo establece el Artículo 3º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Sin embargo, en las guarderías del IMSS

no se entregaba un documento oficial del primer grado de preescolar, situación que dejaba a muchos niños en rezago educativo.

En concordancia con la instrucción que el Presidente de la República dictó el 29 de abril de 2016 en la firma de un Convenio entre la Secretaría de Educación Pública y la Secretaría de Desarrollo Social para asegurar que se cumpla el mandato constitucional de que los niños de México cursen la educación preescolar, el Instituto está realizando las gestiones para que sus guarderías de Prestación Indirecta cuenten con la autorización para impartir el primer grado de preescolar. Este esfuerzo se ha realizado de manera coordinada con los estados, ya que son las autoridades educativas locales las que pueden otorgar dicha autorización.

Antes de que se emitiera la instrucción presidencial, las familias derechohabientes se veían ante una disyuntiva. Al cumplir sus hijos los 3 años, los padres debían decidir entre continuar con el beneficio del servicio de guardería o inscribirlos en un jardín de niños donde pudieran cursar la educación preescolar, con gastos que afectaban su economía familiar, o dejarlos en las guarderías, sin la oportunidad de iniciar esa etapa. Hoy los padres pueden decidir que sus hijos continúen en las guarderías del IMSS hasta los 4 años de edad, mientras cursan el primer grado de preescolar, lo cual significa cuidado, atención, alimentación y educación, así como ahorros entre 30 mil y 72 mil pesos al año para las más de 45 mil familias beneficiadas.

En mayo de 2017, las guarderías de 29 estados de la República concluyeron los trámites para obtener la autorización del preescolar: Nayarit, Michoacán, San Luis Potosí, Colima, Morelos, Zacatecas, Tlaxcala, Guerrero, Durango, Tabasco, Campeche, Hidalgo, Coahuila, Sinaloa, Puebla, Quintana Roo, Veracruz, Querétaro, Oaxaca, Tamaulipas, Aguascalientes,

Yucatán, Baja California, Chiapas, Baja California Sur, Chihuahua, Sonora, Jalisco y Nuevo León. Esto representa 88% de las guarderías, beneficiando a más de 36 mil niños de 3 a 4 años de edad. En los siguientes meses de 2017, se continuará trabajando para que los estados restantes completen el proceso para obtener las autorizaciones.

Con esta acción, los niños inscritos en las guarderías se integran al Sistema Educativo Nacional, lo cual contribuye a abatir el rezago educativo a nivel estatal y nacional, al mismo tiempo que coadyuva a reducir el índice de pobreza multidimensional.

VI.3.4. Guarderías ordinarias

A diciembre de 2016, el Instituto contaba con 142 guarderías de Prestación Directa, en los esquemas Ordinario y Madres IMSS, que representan 10% del total de las guarderías en las que se brinda el servicio, con una capacidad instalada de 29,633 lugares. Si bien los indicadores de desempeño en cuanto a encuestas de satisfacción de usuarios y supervisiones son muy buenos en las guarderías, se detectó que en algunos casos las guarderías de Prestación Directa muestran indicadores de desempeño inferiores a los de las guarderías de Prestación Indirecta.

Con el compromiso de identificar las áreas de oportunidad y elevar el desempeño de las guarderías de Prestación Directa, durante 2016, el Órgano Interno de Control realizó un diagnóstico en donde se identificó que estas guarderías se encuentran 10% por debajo del promedio nacional de inscripción.

Por lo anterior, el Instituto trabajará en establecer una agenda conjunta con el Sindicato Nacional de Trabajadores del Seguro Social (SNTSS) para estandarizar la operación e indicadores

de las guarderías de Prestación Directa con las de Prestación Indirecta, con la finalidad de ofrecer un mejor servicio con calidad y calidez.

De igual manera, para impulsar que en todas las guarderías de Prestación Directa del Instituto se aplique la normatividad vigente de manera homogénea, en 2016 se revisaron y actualizaron las siguientes disposiciones en materia normativa:

- i) Procedimiento para la operación del servicio de alimentación en guarderías IMSS.
- ii) Procedimiento para la administración de personal en guarderías de los esquemas Madres IMSS y Ordinario.

Asimismo, en ese año inició la revisión y actualización de las siguientes normas y procedimientos, lo cual concluirá en 2017:

- i) Norma que establece las disposiciones para la coordinación entre guarderías y las unidades médicas del IMSS.
- ii) Procedimiento para identificar áreas de oportunidad en la prestación del servicio de guarderías IMSS.
- iii) Procedimiento para la operación del servicio de fomento de la salud en guarderías IMSS.
- iv) Procedimiento para la administración de recursos materiales en guarderías de los esquemas Madres IMSS y Ordinario.
- v) Procedimiento para la supervisión-asesoría de la operación del servicio de guardería.

Para 2017 se tiene previsto revisar y actualizar la Norma que establece las disposiciones para la operación del servicio de guardería, el Procedimiento para la operación del servicio de pedagogía en guarderías IMSS y el Procedimiento para la planeación y seguimiento de la supervisión-asesoría.

VI.3.5. Continuidad en la prestación del servicio de guardería

En diciembre de 2016, concluyó la vigencia de 700 contratos de Prestación del Servicio de Guardería de los esquemas Vecinal Comunitario Único y de Guardería Integradora, así como de 7 convenios de Subrogación del Servicio de Guardería bajo el esquema de Guardería en el Campo.

Para asegurar la continuidad del servicio, se llevaron a cabo procedimientos de contratación de conformidad con el Artículo 134 Constitucional y con la Ley de Adquisiciones y Arrendamientos de Servicios del Sector Público y su Reglamento, considerando, además, criterios de altos estándares de servicio. Las delegaciones estatales, regionales y de la Ciudad de México reportaron la suscripción de 694 Contratos de Prestación de Servicios y Convenios de Subrogación del Servicio de Guardería en el Campo, con vigencia de 2017 a 2021. Con ello, el Instituto asegura la continuidad del servicio de más de 110 mil lugares, es decir, 47% de la capacidad instalada total.

En el resto de las guarderías no se suscribió contrato por falta de cumplimiento de los requisitos e indicadores o por decisión de los proveedores.

Además, se llevaron a cabo varias acciones de mejora para estos contratos y convenios, a fin de lograr cambios e innovaciones que flexibilizan algunos procesos, teniendo siempre como prioridad, la seguridad y el bienestar de los niños. En ese sentido, se estableció una revisión minuciosa del servicio, que permitirá determinar la cuota aplicable. En 2016 se estableció un mecanismo que contempla 2 tipos de cuota, lo que permitirá incentivar a los

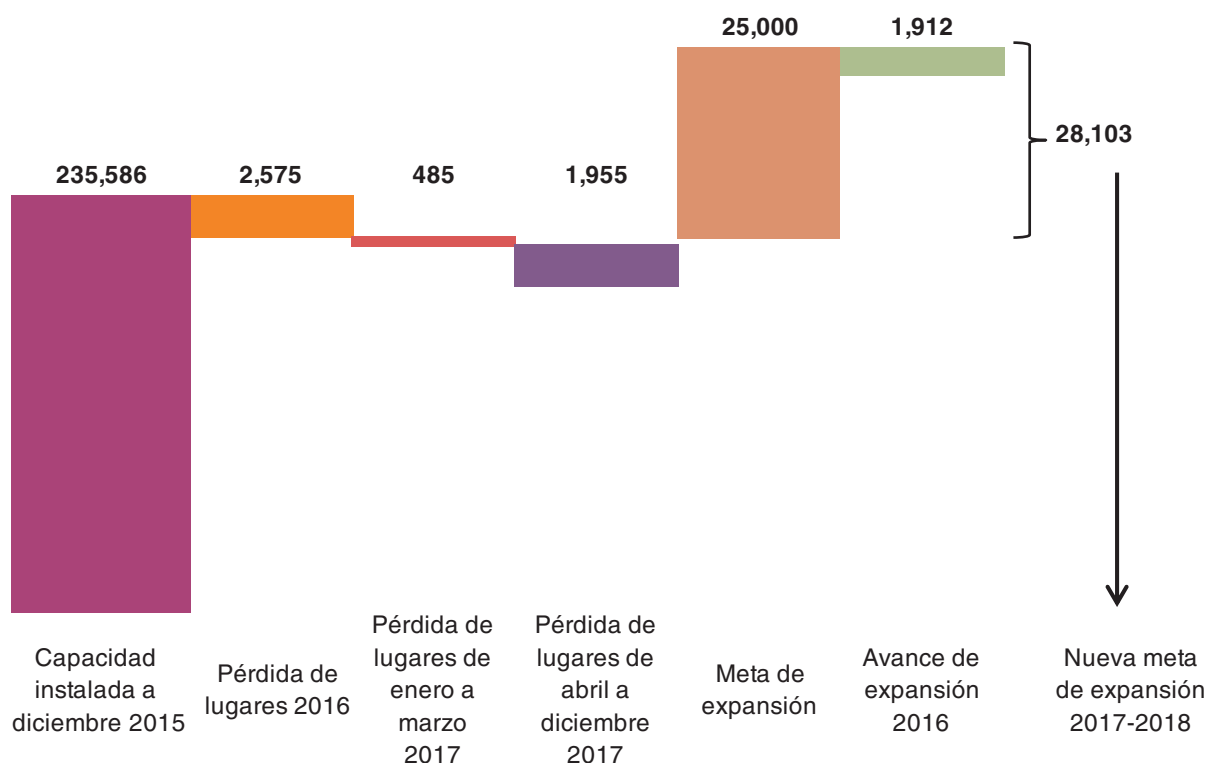
prestadores del servicio a mantener y mejorar la calidad del mismo. Esto, sumado a la duración de 5 años de vigencia de los contratos, facilitará que los prestadores puedan invertir en mantenimiento preventivo y correctivo de sus inmuebles. Adicionalmente, se diseñó un mecanismo para dar gradualidad a las sanciones. Todas estas acciones de mejora deberán verse reflejadas en un servicio de mayor calidad y calidez para los usuarios de guardería.

VI.3.6. Expansión y ampliación de las guarderías actuales

Como se muestra en la gráfica VI.2, a diciembre de 2015, se contaba con una capacidad instalada de 235,586 lugares para el servicio de guardería. A principios de 2016, la Dirección General planteó una meta de 25 mil nuevos lugares para la prestación de este servicio. Esta meta fue reiterada en el Paquete de Prestaciones Sociales para el Blindaje de la Economía Familiar de enero de 2017, el cual se desprende del Acuerdo para el Fortalecimiento Económico y la Protección de la Economía Familiar promovido por el Gobierno Federal y los sectores productivos.

Como parte de las acciones implementadas durante el segundo semestre de 2016 se logró la contratación de 1,912 lugares, en cinco delegaciones, los cuales entrarán en operación en el segundo semestre de 2017. No obstante, en el mismo periodo se registraron cierres de guarderías por un total de 2,575 lugares por varios motivos, entre ellos: decisión del prestador, incumplimiento en requisitos de seguridad y protección civil e indicadores de calidad por debajo del mínimo requerido.

Gráfica VI.2.
Expansión y ampliación de guarderías, 2015-2018



Fuente: Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales, IMSS.

De acuerdo con la experiencia y el comportamiento histórico de los cierres de guarderías, anualmente se pierde en promedio 1% de la capacidad instalada total. A marzo de 2017, se ha registrado la pérdida de 485 lugares y se estima que para el cierre de 2017, se perderán aproximadamente 1,955 lugares adicionales.

Por lo anterior, es necesario recuperar los lugares perdidos y dar cumplimiento a la meta de 25 mil lugares adicionales prevista para esta Administración, por lo que en marzo de 2017 el H. Consejo Técnico aprobó una nueva contratación plurianual de 28,103 lugares para el periodo 2017-2022.

VI.3.7. Revisión del Marco Normativo

En el marco del Programa Anual de Actualización de Documentos Internos, en 2016 se revisaron y actualizaron un conjunto de normas y procedimientos para la operación de guarderías de Prestación Directa e Indirecta.

El propósito de la actualización es elevar los estándares de las guarderías para obtener un mejor servicio, así como contar con procedimientos más modernos que respondan a los requerimientos del servicio y satisfacción de los usuarios. Dos de los procedimientos más importantes son el de alimentación y el de fomento de la salud. En el marco de este último, se incluye la mejora del formato de valoración médica por médico privado. Éste y el nuevo esquema alimenticio en guarderías forman parte de las iniciativas prioritarias del Director General del Instituto.

Programa “Alimentación sana, variada y suficiente”

El IMSS introdujo un cambio en el esquema alimenticio de las guarderías con el propósito de que la alimentación que reciban los más de 230 mil niños sea sana, variada y suficiente. El cambio busca generar una modificación en los hábitos alimenticios de los niños y de esa manera evitar el riesgo de padecer enfermedades como diabetes y obesidad, entre otras. Este nuevo esquema de alimentación elimina el consumo de productos industrializados y el azúcar añadido; incorpora granos enteros y grasas saludables; refuerza la ingesta de frutas y verduras, y ofrece sólo agua natural.

Para fortalecer el cambio de hábitos alimenticios se buscó involucrar a la familia mediante la difusión de los beneficios de este cambio en la salud. Como parte de esta difusión se elaboró un video con expertos en alimentación y se entregó una carta a cada usuaria asegurada informando sobre los cambios en la alimentación.

En julio de 2016, como parte de la colaboración con la Secretaría de Desarrollo Social, en la Jornada Nacional de Alimentación de la Estrategia Nacional de Inclusión, el Instituto preparó un recetario con los platillos del nuevo esquema de alimentación de las guarderías, con menús de una semana para una familia integrada por cuatro personas. Con ello, el Instituto impulsa hábitos saludables al dar continuidad al régimen alimenticio en casa.

Simplificación del trámite de atención médica en guarderías

Asimismo, se simplificó el trámite para la atención médica de los niños en guarderías apoyando a las madres trabajadoras a no perder un día de trabajo. Cuando un niño se enferma, la guardería emite un formato de valoración médica para que los beneficiarios asistan a una consulta para que un médico valore que

el niño ya se encuentra sano y pueda regresar a la guardería. Antes, las guarderías sólo recibían esos formatos si eran llenados por un médico del Instituto, lo que provocaba que los beneficiarios se vieran forzados a acudir a una cita médica a las Unidades de Medicina Familiar (UMF) del IMSS. Hoy las guarderías también aceptan formatos de valoración de médicos particulares, lo que permitirá evitar hasta 1.2 millones de visitas al año a las UMF.

VI.3.8. Proyectos adicionales

Ayuda en efectivo

En marzo de 2017, el H. Consejo Técnico del Instituto aprobó la reforma de la fracción II y el último párrafo del Artículo 31 del Reglamento para la Prestación de los Servicios de Guardería. Con esta reforma se amplía el otorgamiento de la ayuda en efectivo a los trabajadores que se encuentren bajo el Régimen Obligatorio del IMSS, cuando se tenga que interrumpir el servicio de guardería por razones de seguridad o calidad, siempre y cuando no haya otra opción para la reubicación de los niños que se encuentren en las guarderías a cargo del Instituto.

Esta medida se realizará conforme a los lineamientos que se emitan para tal efecto, a fin de que se proporcione a los hijos de los trabajadores, los cuidados necesarios durante su jornada laboral. Con ello, en los casos en los que se tenga que suspender el servicio de guardería por razones de seguridad o calidad y sea la única guardería en la localidad, será posible apoyar a los usuarios con una ayuda en efectivo.

Empresariales

Para el IMSS, contar con un número mayor de lugares disponibles para brindar el servicio de guardería ha sido prioritario, motivo por el cual, en 2016, el H. Consejo Técnico del Instituto autorizó las “Disposiciones de carácter general para la

celebración de convenios de subrogación para la Prestación Indirecta del servicio de guardería con los patrones que tengan instaladas guarderías en sus empresas o establecimientos”. El objetivo principal es atender la demanda específica del servicio de guardería manteniendo la más alta calidad, a través de procesos administrativos ágiles y transparentes.

Las disposiciones se están tramitando ante las instancias competentes y se publicarán en el Diario Oficial de la Federación en 2017. Esta acción genera un esquema de coparticipación público-privada, además que conlleva varios beneficios para los empresarios y para las madres trabajadoras. En primer lugar, los empresarios que brindan la prestación evitan la rotación de personal en sus empresas y crean un vínculo de confianza y apoyo con sus trabajadoras. En segundo lugar, las madres trabajadoras pueden estar tranquilas de que sus hijos gozan del servicio de guardería cerca o dentro de las instalaciones de su centro de trabajo.

Calidad y calidez en las guarderías

Para garantizar que la prestación del servicio en todas las guarderías del Instituto cumpla con altos estándares de calidad y de seguridad en el servicio, cada año se realizan, al menos, cuatro supervisiones a cada una de ellas. En 2016, como parte de esta supervisión se realizaron alrededor de 5,500 visitas, a efecto de dar cabal cumplimiento a lo dispuesto en las normas y procedimientos para la prestación del servicio.

Para el cierre de 2016 se inició un proyecto de rediseño del instrumento con el que se supervisa a las guarderías del IMSS, con el objetivo de fortalecer la supervisión de los procesos operativos y optimizar la gestión documental, para garantizar la mejora continua de la atención y cuidado que se presta a los niños.

En complemento, el Instituto realiza la Encuesta de Satisfacción del Usuario del Servicio de Guardería, que aplican las Coordinadoras Zonales de las Delegaciones, para conocer la opinión de los usuarios. Durante 2016, se aplicaron más de 46 mil encuestas con el objetivo de medir el grado de satisfacción de los usuarios respecto a los servicios que proporciona cada unidad, como alimentación, pedagogía, fomento de la salud y administración. Esta encuesta se aplica de forma cuatrimestral en guarderías tanto de Prestación Directa como Indirecta. El resultado de satisfacción a nivel nacional fue de 97.8%, lo que asegura la correcta prestación del servicio.

El Instituto también alienta la participación activa de la sociedad civil organizada, a través de la opinión que padres y madres usuarias aportan para mantener y contribuir a alcanzar los niveles más altos de calidad, seguridad y transparencia en el servicio de guarderías. En octubre de 2010, el IMSS firmó el convenio de “Participación Social en Guarderías” con Transparencia Mexicana, A. C. En el marco de este convenio, a febrero de 2017, se han realizado más de 8 mil visitas, con una participación de más de 45 mil madres y padres usuarios del servicio, quienes han donado casi 90 mil horas de su tiempo a la realización de este ejercicio.

Por último, el Instituto, en colaboración con la Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH), capacitó a casi 3 mil personas en sus 35 delegaciones (personal delegacional y operativo de las guarderías de prestación Directa e Indirecta) en tres temas sustantivos: i) estrategias para prevenir e identificar conductas de connotación sexual en centros de atención infantil; ii) derechos de niñas, niños y adolescentes; violencia familiar: conceptos generales, delitos cometidos contra la familia y sus integrantes, y iii) hostigamiento sexual.

VI.4. Prestaciones Sociales

La política pública orientada al bienestar social y al desarrollo humano ha pasado por múltiples transformaciones. Durante las últimas décadas, México se ha enfocado al progreso social, tornándose en pro del ciudadano. Fue en este sentido que la misión del IMSS como promotor del desarrollo integral de la persona quedó incorporado formalmente en la Ley del Seguro Social de 1973.

El IMSS se colocó como un ejemplo de institución de seguridad social a nivel nacional y a nivel Latinoamérica, estableciendo una red inmobiliaria dedicada a las artes, al deporte y a la promoción de la salud. Ésta se encontraba dentro de una novedosa concepción de modelos arquitectónicos que incluían vivienda, hospitales, clínicas, centros de seguridad social, instalaciones deportivas y teatros.

En poco tiempo, el IMSS destacó, no solo por los servicios médicos, sino por la labor de mejorar la calidad de vida de los mexicanos. Las prestaciones sociales del Instituto continuaron evolucionando y expandiéndose hasta proporcionar un abanico de posibilidades donde los mexicanos pudieran desarrollarse plenamente. Más que un derecho a la seguridad social, las prestaciones sociales del IMSS han acompañado a sus derechohabientes y familias a lo largo de las distintas etapas de la vida.

Gracias al saneamiento financiero del Instituto, en 2016, se retomó la visión de un Instituto enfocado al desarrollo integral de la persona, por lo que se planteó la meta de regresarle a la Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales la posición de ser una de las áreas sustantivas del Instituto, así como fortalecer su facultad como un asegurador orientado a mejorar la calidad de vida y bienestar de los derechohabientes. Esto a través de Prestaciones Sociales como: Unidades Deportivas, Centros de Seguridad Social, Centros Vacacionales, Teatros, y Centros de Artesanías.

En 2016, en línea con la reactivación de las prestaciones sociales para mejorar la calidad de vida de las personas, 13.7 millones de personas utilizaron las 12 Unidades Deportivas y los 123 Centros de Seguridad Social. Asimismo, 9.7 millones de personas asistieron a actividades de promoción de la salud, desarrollo cultural y capacitación. En total, aproximadamente 23.4 millones de personas se beneficiaron con los programas y servicios que se ofrecen en las Unidades Operativas de Prestaciones Sociales Institucionales (UOPSI).

VI.4.1. Desarrollo Cultural

El IMSS se ha caracterizado como un instituto de seguridad social que ha construido políticas en torno a la salud, que van más allá del aspecto médico. Ha utilizado la cultura como un medio complementario de prevención y cuidado de la salud. Desde el segundo semestre de 2016, se han llevado a cabo grandes esfuerzos para desarrollar e impulsar las prestaciones culturales.

Ciclo de Exposiciones

En 2016, se llevó a cabo el homenaje al artista Benjamín Domínguez, a través de la obra “la Magia del Presagio”, mismo que arrancó la agenda cultural del segundo semestre de 2016. Asimismo, las instalaciones del Centro Médico Nacional “Siglo XXI” se adornaron con las representaciones artísticas de una de las figuras ícono de la cultura internacional: Don Quijote de la Mancha. A través de la exposición “Cervantes 400 años: antes y ahora”, se mostraron obras de Salvador Dalí, Leonardo Nierman, José Luis Cuevas, entre otros. En el marco de la campaña “Mi Lucha es Rosa” de la Fundación IMSS, se llevó a cabo una exposición fotográfica, acompañada por obras creadas por artistas provenientes de los tres Centros de Artesanías del Instituto. Con lo anterior, más de 17 mil personas presenciaron estas actividades culturales.

En el primer cuatrimestre de 2017 se dio inicio al Programa de Exposiciones con la muestra “Los Nahuales de la Plástica”, la cual presentó obras artísticas oaxaqueñas para más de 3 mil espectadores, así como visitas guiadas dramatizadas y talleres recreativos para acercar el arte a niños y jóvenes. El IMSS sumó a sus objetivos promover el arte entre la población infantil y juvenil a través de la exposición didáctica “Frida y yo”, la cual mostró diferentes aspectos de la vida de la artista mexicana Frida Kahlo. A esta exposición asistieron más de 29 mil personas.

De igual manera, se anunció el próximo lanzamiento de la plataforma IMSS Cultural, para promover y estimular el quehacer cultural, posicionando al Instituto como ente activo en el mundo del arte. Su objetivo es crear oportunidades de acceso a la cultura, en condiciones de igualdad y visión de futuro.

Como parte de esta plataforma y en el marco de las celebraciones del Centenario de la Promulgación de la Constitución de 1917, con el objetivo de cumplir con el rescate y preservación del patrimonio cultural del Instituto, se inauguró la exposición “Ignacio María Beteta, pintor y revolucionario” en donde se presentó la restauración del mural “Paisaje” del General Ignacio María Beteta Quintana, junto a un muestrario de 100 de sus obras artísticas. Dicho mural, realizado en 1962, se encontraba en el Hospital General de Zona número 26, el cual tuvo que ser demolido, por lo que el IMSS realizó las gestiones ante el Centro Nacional de Conservación y Registro del Patrimonio Artístico Mueble (CENCROPAM) del INBA, para que expertos restauradores procedieran al rescate del mismo. Es así que, el mural fue trasladado a la Sala de Exposiciones del Centro Médico Nacional “Siglo XXI”, en donde se habilitó un taller de restauración para atender esta obra, exhibiendo a la vez el proceso de restauración al público en general.

El Nuevo Teatro de la Nación

Un elemento esencial en el arte mexicano es el teatro. El IMSS cuenta con la red de teatros más grande de América Latina, con inmuebles que constituyen un ejemplo de arquitectura de primer nivel, combinando estilos de la época con influencia del México prehispánico. Hoy, el Instituto cuenta con 38 teatros a nivel nacional que ofrecen obras de alta calidad al público en general. Estos forman parte de la actual política cultural como medio de cohesión social y prevención de la delincuencia. Durante 2016, más de 2 millones de espectadores asistieron a obras en teatros del Instituto.

Dentro de las acciones más relevantes de 2016, se dio inicio a la reactivación de los teatros, mejorando las instalaciones y elevando la calidad del contenido. Se remodeló el inmueble del teatro de San Luis Potosí para proporcionar un servicio de mayor calidad para los usuarios. Asimismo, se continuó la labor de enaltecer el trabajo de las personalidades que han sido parte fundamental de la historia de los teatros del IMSS. En este sentido, se develó una placa conmemorativa en reconocimiento de la trayectoria del actor Ignacio López Tarso y se anunció que el Teatro Guadalajara cambiará su nombre a Teatro Guadalajara “Ignacio López Tarso”, en honor a dicho actor.

En abril de 2017, en el marco del Día Mundial del Teatro, se llevó a cabo un evento con productores, directores y actores que integran la comunidad teatral del IMSS, como el primer actor Ignacio López Tarso, el director de teatro Daniel Gómez Casanova y la primera actriz Susana Alexander. Esto, para fortalecer el vínculo entre el Instituto con la comunidad teatral del país, e impulsar las artes escénicas a través de la reactivación de la red de teatros con los que cuenta el IMSS y así utilizar el teatro para incidir en el bienestar social de la población. Además, se anunció que el Teatro Santa Fe cambiará su nombre a Teatro Santa Fe “José Solé”, en memoria de uno de los directores teatrales que aportó al Instituto grandes éxitos.

VI.4.2. Deporte

Otro componente básico del bienestar social como medio para adoptar estilos de vida saludable y prevenir enfermedades, es la práctica del deporte. El IMSS, preocupado por los recientes problemas de salud que han causado el sobrepeso y la obesidad en México, ha sido un agente de cambio activo para mejorar los hábitos de una gran parte de la población, a través del deporte y la promoción a la salud. De tal forma que el deporte dejó de ser únicamente una carrera profesional y se convirtió en una práctica para mejorar la salud. El principal instrumento para llevar a cabo esta estrategia ha sido a través de las “Escuelas de Iniciación y Formación Deportiva”, las cuales se establecieron a nivel nacional en 2014, con el fin de incentivar que un mayor número de personas acudan a las instalaciones deportivas del IMSS.

El IMSS cuenta con la infraestructura deportiva más grande del país que consta de más de 700 instalaciones, así como una plantilla docente de más de 715 profesores de educación física, entrenadores y monitores deportivos, bajo una visión en la que todos los usuarios puedan participar en igualdad de condiciones. Las acciones que ha implementado el IMSS a través de la estrategia de reactivación del deporte social, se alinea con la estrategia de “México con Educación de Calidad” del Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 (PND), ya que se enfoca en promover el deporte de manera incluyente para fomentar una cultura de salud.

Asimismo, en cumplimiento de las instrucciones del Presidente de la República, en 2016, el IMSS llevó a cabo una reunión con 13 medallistas olímpicos, paralímpicos y campeones mundiales en donde se

anunció el relanzamiento de la estrategia deportiva del Instituto, así como el rescate de las Unidades Deportivas del IMSS. Participaron medallistas como Laura Sánchez, Felipe Muñoz, Jesús Mena, Fernando Platas y Carlos Girón; los medallistas paralímpicos Juan Ignacio Reyes y Mauro Máximo de Jesús, y el entrenador Iván Bautista. Este tipo de acciones busca impulsar la práctica del deporte masivo a través de las “Escuelas de Iniciación y Formación Deportiva”, así como fortalecer el deporte social en el Instituto.

En el mismo año, se llevó a cabo la “Olimpiada IMSS 2016: Fábrica de Campeones”. En esta cuarta edición, participaron casi 3 mil alumnos entre 7 y 14 años de edad, provenientes de las “Escuelas de Iniciación y Formación Deportiva” de las 35 delegaciones del IMSS a nivel nacional. Se hizo entrega de 353 medallas en las disciplinas de fútbol, voleibol, natación, atletismo, basquetbol y polo acuático.

En noviembre de 2016, se llevó a cabo el Premio Estatal del Deporte IMSS, en el marco del Premio Nacional del Deporte, el cual es un reconocimiento público a deportistas por haber contribuido, con su actividad y desempeño, a elevar la proyección deportiva de su entidad. En el mismo mes, se llevó a cabo el Festival Padres e Hijos, el cual ofreció zonas interactivas de la Asociación Nacional de Basquetbol (NBA FIT), la Liga Nacional de Fútbol Americano (NFL Play 60) y Kids Run. En dicho evento se mantuvo el Récord Guinness en la categoría de la carrera con el mayor número de parejas, ya que se contó con la participación de 7 mil personas. El segundo evento importante en dicho periodo fue la carrera Navideña IMSS celebrada en diciembre de 2016, que tuvo una asistencia de más de 4 mil corredores.

VI.4.3. Centros Vacacionales

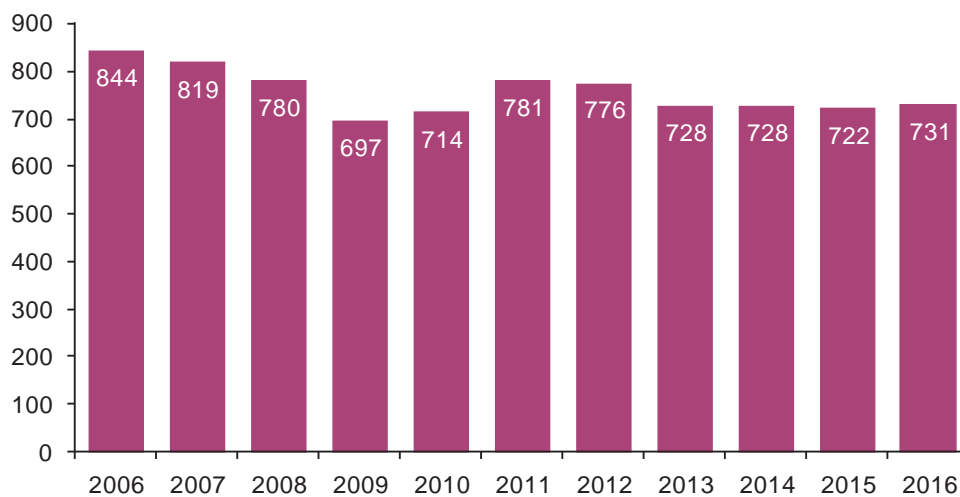
Un componente fundamental para promover el bienestar social y con ello mejorar la calidad de vida de la población es la sana recreación. Los 4 Centros Vacacionales del IMSS: Oaxtepec, en Morelos; Atlixco-Metepec, en Puebla y La Trinidad y Malintzi, en Tlaxcala, han destacado por ofrecerle a la población mexicana un espacio con actividades recreativas para fomentar una sana convivencia familiar y prácticas de esparcimiento.

Estos Centros Vacacionales forman parte de la oferta turística mexicana, logrando alcanzar una alta reputación a nivel nacional. En 2016, la Secretaría de Turismo, otorgó el “Distintivo M” al Centro Vacacional Oaxtepec, siendo el máximo reconocimiento que otorga esta dependencia a empresas turísticas, la cual avala la adopción de mejores prácticas y la distinción de ser Empresa Turística Modelo.

El Centro Vacacional Atlixco-Metepec fue galardonado con el Premio IMSS a la Competitividad 2016, por aumentar el nivel de satisfacción en los usuarios, mostrando mejoras en sus indicadores de competitividad. Cabe señalar que en el mismo año, este Centro Vacacional recibió el Distintivo Empresa Incluyente “Gilberto Rincón Gallardo”, otorgado por la Secretaría de Trabajo y Previsión Social, por aplicar una política de inclusión laboral para personas en situación de vulnerabilidad.

En 2016, estos Centros Vacacionales fueron visitados por más de 730 mil personas (gráfica VI.3). Cada año la mayor afluencia de usuarios se da en los meses de marzo o abril debido a la Semana Santa. En el ejercicio 2016, el mes de marzo representó 14.3% del total anual de usuarios.

Gráfica VI.3.
Población usuaria anual de los Centros Vacacionales, 2006-2016
(miles de usuarios)



Fuente: Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales, IMSS.

El cuadro VI.7 resume la situación financiera consolidada de los 4 Centros Vacacionales de 2010 a 2016. En el ejercicio 2016, el resultado de operación muestra una disminución en el déficit de 0.6% respecto a 2015, la cual se explica por un aumento de 6.7% en los ingresos captados, a pesar de un crecimiento del gasto de 2.1%. No obstante, el resultado total de los Centros Vacacionales al cierre de 2016, presenta un déficit de 214.1 millones de pesos, mostrando un aumento de 4.7% respecto al año anterior.

El cuadro VI.8 presenta los resultados financieros de cada Centro Vacacional en 2016. Del mismo se desprende que:

- i) De los ingresos de los Centros Vacacionales, 59.2% se capta en el Centro Vacacional Oaxtepec seguido por Atlixco-Metepec, que contribuye con 21.4%, La Trinidad con 14.3% y Malintzi con 5.1%.
- ii) Del gasto corriente, 65.5% se concentra en Oaxtepec, 16.5% en Atlixco-Metepec, 14.1% en La Trinidad y 4% en Malintzi.
- iii) El Centro Vacacional que observa el menor déficit en su operación es Malintzi, con 6.9 millones de pesos; en contraste, el Centro Vacacional Oaxtepec registra el mayor déficit con 149.4 millones de pesos, principalmente atribuido por los gastos en Servicios de Personal.

Cuadro VI.7.
Estado de resultados comparativo de los Centros Vacacionales, 2010-2016
(millones de pesos de 2017)

Concepto	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Ingresos						
Ingresos (1)	157.0	158.5	164.6	155.9	160.5	171.5
Descuentos ^{1/} (2)	-24.8	-20.9	-21.2	-27.7	-33.3	-35.9
Ingresos netos (3)=(1)+(2)	132.2	137.6	143.4	128.3	127.2	135.7
Gasto corriente						
Servicios de personal	204.8	205.3	211.3	210.1	224.6	229.1
Bienes de consumo	7.3	10.5	8.9	8.5	42.5	43.8
Mantenimiento ^{2/}	40.2	50.4	63.1	73.5	40.3	46.9
Servicios generales y subrogación de servicios	43.2	46.9	43.9	51.0	30.4	25.4
Régimen de Jubilaciones y Pensiones	-2.9	-2.8	-2.7	-2.5	-2.4	-2.5
Total de gasto corriente (4)	292.6	310.2	324.5	340.6	335.6	342.7
Otros						
Provisión de obligaciones contractuales	-	17.6	20.2	13.9	-	-
Intereses financieros	-	-	-	-	-	-
Depreciaciones	4.4	7.9	8.6	7.8	7.0	7.0
Total de otros (5)	4.4	25.6	28.9	21.6	7.0	7.0
Total de gastos (6)=(4)+(5)	297.1	335.8	353.4	362.2	342.6	349.7
Resultado de operación (7)=(3)-(6)	-164.8	-198.2	-210.0	-233.9	-215.3	-214.0
Resultado de ejercicios anteriores (8)	-9.2	-65.9	0.6	2.5	-10.7	0.1
Resultado Total (9)=(7)-(8)	-155.6	-132.3	-210.7	-236.3	-204.6	-214.1

^{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 Parque Acuático Oaxtepec 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.

Cuadro VI.8.
Resumen financiero de cada Centro Vacacional en 2016
(millones de pesos de 2017)

Concepto	Oaxtepec	Metepec	Trinidad	Malintzi	Total
Ingresos					
Ingresos (1)	107.2	35.6	21.6	7.1	171.5
Descuentos (2)	-26.9	-6.5	-2.2	-0.2	-35.9
Ingresos netos (3)=(1)+(2)	80.3	29.0	19.5	6.9	135.7
Gasto corriente					
Servicios de personal	160.3	30.7	30.9	7.1	229.1
Bienes de consumo	23.1	10.0	8.9	1.8	43.8
Mantenimiento	25.4	13.6	4.4	3.5	46.9
Servicios generales y subrogación de servicios	17.3	2.4	4.3	1.3	25.4
Régimen de Jubilaciones y Pensiones	-1.8	-0.3	-0.3	-	2.5
Total de gasto corriente (4)	224.4	56.5	48.3	13.6	342.7
Otros					
Provisión Obligaciones Contractuales	-	-	-	-	-
Intereses Financieros	-	-	-	-	-
Depreciaciones	5.3	1.2	0.4	0.1	7.0
Total de otros (5)	5.3	1.2	0.4	0.1	7.0
Total de gastos (6)=(4)+(5)	229.7	57.6	48.6	13.8	349.7
Resultado de operación (7)=(3)-(6)	-149.3	-28.6	-29.1	-6.9	-214.0
Resultado de Ejercicios Anteriores (8)	0.1	-	-	-	0.1
Resultado Total (9)=(7)-(8)	-149.4	-28.6	-29.1	-6.9	-214.1

Fuente: Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales, IMSS.

Perspectiva financiera de los Centros Vacacionales, 2017-2022

La proyección de resultados financieros de los Centros Vacacionales en el periodo 2016-2021 se muestra en el cuadro VI.9. El déficit de operación proyectado podría alcanzar 260 millones de pesos en 2022, lo cual significa un aumento de 21% en comparación con el observado en 2016.

VI.4.4. Sistema Nacional de Tiendas IMSS-SNTSS

El Sistema Nacional de Tiendas IMSS-SNTSS cuenta con 61 tiendas de autoservicio a lo largo de la República Mexicana, las cuales continúan siendo una de las mejores opciones de compra por su relación precio, surtido, calidad y calidez.

Durante 2016, como lo muestra el cuadro VI.10, el resultado de operación mejoró en 21.4% en comparación con 2015, cuyo déficit fue de 275 millones de pesos; en 2016 se registró un déficit de 223 millones de pesos en este rubro. Lo anterior fue resultado de una disminución en los costos totales, que ascendieron a 943 millones de pesos en 2016, 10.8% menos que en 2015 (1,029 millones).

Adicionalmente, se contuvo el gasto de operación, generando una reducción de 13.3% respecto a 2015 (369 millones de pesos en 2016 y 414 millones de pesos en 2015).

Los ingresos totales de las tiendas en 2016 ascendieron a 1,091 millones de pesos, 9.2% menos respecto al año inmediato anterior.

Cuadro VI.9.
Resumen financiero de los Centros Vacacionales de 2016 y proyección 2017-2022
(millones de pesos de 2017)

Concepto	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Ingresos							
Ingresos (1)	171.5	173.1	174.7	176.3	177.9	179.5	181.2
Descuentos (2)	-35.9	-29.6	-29.8	-30.1	-30.4	-30.7	-31.0
Ingresos netos (3)=(1)+(2)	135.7	143.5	144.9	146.2	147.5	148.9	150.2
Gasto corriente							
Servicios de personal	229.1	229.1	235.4	240.9	247.4	253.6	259.3
Consumos de medicamentos, material de curación y otros	43.8	44.4	44.9	45.6	46.9	48.0	49.1
Mantenimiento	46.9	48.3	50.4	52.6	55.3	58.0	60.9
Servicios generales y subrogación de servicios	25.4	26.7	27.3	28.7	30.6	31.4	32.3
Régimen de Jubilaciones y Pensiones	-2.5	-2.8	-2.9	-3.1	-3.2	-3.3	-3.4
Total de gasto corriente (4)	342.7	345.7	355.0	364.7	377.0	387.8	398.1
Otros							
Provisión de obligaciones contractuales	-	-	-	-	-	-	-
Intereses financieros	-	-	-	-	-	-	-
Depreciaciones	7.0	7.7	8.4	9.2	10.0	10.9	12.0
Total de otros (5)	7.0	7.7	8.4	9.2	10.0	10.9	12.0
Total de gastos (6)=(4)+(5)	349.7	353.3	363.4	373.9	387.0	398.7	410.1
Resultado de operación (7)=(3)-(6)	-214.0	-209.8	-218.5	-227.7	-239.5	-249.8	-259.9
Resultado de ejercicios anteriores (8)	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1
Resultado Total (9)=(7)+(8)	-214.1	-209.9	-218.6	-227.8	-239.6	-249.9	-260.0

Fuente: Dirección de Finanzas, IMSS.

Para 2016 se observó una disminución de los costos totales (suma de costo de ventas, faltante de inventario y otros costos) de 10.8%, debido al decremento en el costo de las mercancías vendidas, el cual ascendió a 936 millones de pesos, así como al control en los faltantes de inventario, lo que representó 35.6% de variación.

Por último, la utilidad bruta en 2016 ascendió a 147 millones de pesos, cifra que representa un aumento de 2.7% en términos reales respecto a 2015 (139 millones).

Las tiendas, durante 2016, lograron reducir el déficit en 21% en comparación con 2015. Sin embargo, sigue mostrando un déficit importante que asciende a 223 millones de pesos, el cual se debe, en gran medida,

al gasto en servicios de personal. Cabe señalar que si se excluyera el gasto de personal del análisis, se obtendría un resultado neto positivo de 84 millones de pesos para 2016.

La relación entre el déficit y el gasto en personal se ha mantenido constante durante los últimos años, lo que implica una fuerte dependencia del primero con el segundo. Se destaca que las mayores reducciones en el déficit derivan de la reestructuración de las tiendas en 2014.

VI.4.5. Opciones de política

En el marco del Paquete de Prestaciones Sociales para el Blindaje de la Economía Familiar que se desprende del Acuerdo para el Fortalecimiento Económico y la Protección de la Economía Familiar promovido por

Cuadro VI.10.
Estado de Resultados del Sistema Nacional de Tiendas IMSS-SNTSS^{1/}
(miles de pesos corrientes)

Concepto	2015	2016	Variación porcentual
Ingresos totales	1,168,472	1,090,581	-9.2
Ventas	1,168,008	1,090,003	-9.2
Otros ingresos	464	578	21.1
Costos totales	1,028,986	943,346	-10.8
Costo de venta	1,018,892	936,440	-10.6
Faltante de inventario	10,190	6,745	-35.6
Otros costos	-96	161	-264.2
Utilidad bruta	139,486	147,235	2.7
Gastos de operación	414,217	369,345	-13.3
Servicios de personal	337,384	306,228	-11.7
Consumos	3,938	3,127	-22.8
Servicios generales	54,113	42,260	-24.0
Comisión por cupones	1	0	-52.0
Arrendamiento	15,784	16,146	-0.5
Servicios bancarios	544	417	-25.4
Depreciación	2,453	1,167	-53.7
Resultado de operación	-274,731	-222,109	-21.4
Ajustes por siniestros	150	1,117	624.6
Rectificación de ejercicios anteriores	46	119	148.3
Provisión de Reg. de Jubilaciones y Pensiones	0	0	0.0
Resultado Total	-274,927	-223,345	-21.0

^{1/} La información financiera se presenta en términos nominales y las variaciones porcentuales entre ambos ejercicios se muestran en términos reales.

Fuente: Sistema PREI-Millennium.

el Gobierno Federal y los sectores productivos, el Instituto lleva a cabo diversas acciones pensando en el bienestar de sus derechohabientes y de la población en general:

1. Para cumplir con la meta de los 25 mil nuevos lugares de guardería, el IMSS está diseñando nuevos procesos para la contratación de estos lugares en 2017, en el marco de la Ley de Adquisiciones y Arrendamientos de Servicios del Sector Público. Si bien durante 2016 se tuvo un avance de 10% de la meta, durante los siguientes meses se llevarán a cabo las contrataciones de nuevas guarderías, así como la ampliación de lugares en las guarderías existentes. El incremento de los 25 mil nuevos lugares de guardería es 150% mayor que la meta planteada en 2015.
2. En cuanto a la impartición del preescolar, el objetivo para 2017 es lograr que la totalidad de las guarderías del IMSS obtengan la autorización de validez oficial para impartir dicha enseñanza. Esto garantizará que los niños de 4 años de edad, al salir de las guarderías, reciban el documento oficial que acredita que han cursado el primer grado de ese nivel educativo, y puedan transitar al segundo grado en el Sistema Educativo Nacional. Esto también beneficiará aproximadamente a 45 mil jefas de familia al ahorrarse hasta 72 mil pesos al año para el primer año de preescolar de sus hijos.

También se continuará con la revisión de la normatividad de guarderías, a fin de hacer más eficientes los procesos, evitar duplicidades y asegurar la homogeneidad en los procedimientos.

Esto se verá reflejado en un servicio de mayor calidad y calidez para los más de 230 mil niños que diariamente pueden asistir a las guarderías del IMSS.

3. En un hecho sin precedente en la historia del Instituto, se destinarán 550 millones de pesos, para promover el deporte social, fortalecer espacios culturales y mejorar la rentabilidad de Centros Vacacionales del IMSS. Esto representa un aumento de 800% en la inversión a las prestaciones sociales que se verá reflejado directamente en el bienestar de los derechohabientes y público en general.

Dentro de los proyectos más importantes, destaca la rehabilitación del Teatro Reforma, el Teatro Isabela Corona y el espacio cultural de Tlatelolco, así como la remodelación del Centro de Actividades Acuáticas de Alto Nivel (CAAAN) de la Unidad Morelos, entre otros, que beneficiarán a más de 3.5 millones de derechohabientes y público en general al año.

4. Para 2017, el IMSS realizará una inversión de 150 millones de pesos para sus Centros Vacacionales, destinados a la modernización y al mantenimiento correctivo y preventivo de las instalaciones. Asimismo, los Centros Vacacionales del IMSS mantendrán las mismas tarifas ofrecidas en 2016, en los servicios de hospedaje y actividades recreativas, sin dejar de lado los descuentos que se realizarán en concordancia con la estrategia de “Viajemos Todos por México”. Cabe señalar que en los primeros dos meses de 2017, se han atendido a casi 80 mil personas.

Además, en marzo de 2017, el Instituto participó por primera vez en el “Tianguis Turístico México”, promocionando activamente los

servicios que ofrecen los Centros Vacacionales a los principales proveedores y compradores de la industria turística mexicana e internacional.

En mayo de 2017, se inauguró el Parque Acuático Six Flags Hurricane Harbor, en instalaciones del Centro Vacacional de Oaxtepec. Con esto, el IMSS logra establecer una relación novedosa público-privada con la industria del entretenimiento y tiempo libre. Esto forma parte de una serie de acciones para modernizar sus inmuebles, y asegurar el correcto aprovechamiento de un espacio destinado para el beneficio de la población.

Es importante mencionar que a lo largo de 2016, se impulsaron 2 proyectos principales con metas a corto plazo, con el fin de contar con resultados medibles:

- i) En diciembre de 2016 inició operaciones el Centro Nacional de Reservaciones de los Centros Vacacionales y Unidad de Congresos del IMSS (01-800 623 2323), con la finalidad de optimizar la atención y seguimiento de llamadas mediante un software que permite la correcta interacción diaria para la generación de reservaciones. Funciona como un centro de reservaciones único a nivel nacional garantizando la calidad, rapidez y calidez en el servicio para toda persona que desee realizar una reservación en los Centros Vacacionales y Unidad de Congresos. Este sistema ha demostrado ser un método eficaz ya que, durante el primer trimestre de 2017, generó un aumento de más de 105% de crecimiento de reservaciones en comparación con el mismo periodo en 2016. Asimismo, se logró que el tiempo promedio de atención fuera de 4 minutos.
- ii) En línea con la estrategia que impulsa el Gobierno Federal para potencializar la industria turística de nuestro país, los Centros Vacacionales se

sumaron a la iniciativa “Viajemos Todos por México”, con el fin de fomentar al turismo como un activo de la economía nacional. Aunado a eso y con el fin de propiciar un mayor flujo nacional, se mantuvieron las cuotas promocionales para los 4 centros, las cuales generaron casi 12 mil reservaciones durante 2016.

5. Adicional a lo anterior y con el fin apoyar la economía de las familias, las 61 Tiendas IMSS-SNTSS y los 17 Velatorios que tienen presencia en todo el territorio nacional, mantendrán los mismos precios ofrecidos en 2016. Cabe señalar que en dicho año, las Tiendas del Instituto registraron ventas por más de 1,000 millones de pesos, como se mencionó anteriormente, mientras que los Velatorios proporcionaron 16 mil servicios funerarios.



El Seguro de Salud para la Familia se integró como un esquema voluntario de aseguramiento a partir de la reforma a la Ley del Seguro Social de 1997. Con este seguro se da cumplimiento a lo señalado en el Artículo 240 de la Ley del Seguro Social que a la letra dice: *“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”*. Por lo que el Seguro de Salud para la Familia constituye una alternativa para la población que no está afiliada a la seguridad social, para que pueda contar con un mecanismo de aseguramiento de la salud.

El esquema de financiamiento de los servicios de salud que se otorgan al amparo del Seguro de Salud para la Familia proviene de¹⁰³:

- i) Una cuota anual que aporta cada asegurado, dependiendo de su edad, y
- ii) Una aportación anual del Gobierno Federal que realiza por familia, independientemente del tamaño de la misma y de la edad de sus miembros.

Desde el inicio de operación del Seguro de Salud para la Familia las cuotas establecidas en la Ley fueron insuficientes para cubrir el gasto por la atención médica de sus asegurados. Hasta el 2013 se actualizaron anualmente con base en la variación

¹⁰³ Artículo 242 de la Ley del Seguro Social.

al Índice Nacional de Precios al Consumidor; sin incorporar otros factores, tales como las transiciones demográfica y epidemiológica de los asegurados, y el incremento de precios en medicamentos y otros insumos médicos.

Con el objetivo de revertir esta situación, en diciembre de 2013 el H. Congreso de la Unión aprobó una reforma al Artículo 242 de la Ley del Seguro Social, que otorga la facultad al H. Consejo Técnico del IMSS para determinar anualmente el importe de las cuotas a aplicar, previa realización de los análisis y estudios actuariales pertinentes, sin detrimento del principio de solidaridad social. Esta modificación al esquema de financiamiento del seguro busca dar certidumbre al Instituto de que contará con los recursos suficientes para financiar los servicios que en él se otorgan, así como que tendrá la posibilidad de ampliar la cobertura, al facilitar la incorporación de grupos, individuos o familias que no tienen una relación obrero-patronal.

Derivado del cambio al Artículo 242 de la Ley del Seguro Social se ha logrado incorporar a las cuotas anuales que pagan los asegurados para afiliarse al Seguro de Salud para Familia el efecto de los perfiles demográfico y epidemiológico de la población afiliada, sin demérito de la calidad y oportunidad de la atención médica que se brinda, con la visión de que en el mediano plazo el seguro alcanzará el equilibrio financiero.

VII.1. Estado de actividades 2016

Con base en el Artículo 277 E de la Ley del Seguro Social, el cuadro VII.1 presenta el estado de actividades del Seguro de Salud para la Familia para el ejercicio 2016, considerando dos escenarios: i) con registro parcial del costo neto del periodo que corresponde al registro de los pagos realizados por concepto

del Régimen de Jubilaciones y Pensiones, y Prima de Antigüedad, y ii) con registro total. El resultado del ejercicio de este seguro fue equivalente a un déficit de 7,251 millones de pesos con el registro parcial del costo neto del periodo de las obligaciones laborales del Instituto y de 57,228 millones de pesos con el efecto del reconocimiento total de estas obligaciones.

VII.2. Población asegurada

En la gráfica VII.1 se presenta el número de afiliados a este seguro desde 2007. En 2009 se observó un incremento de 130 mil personas por la incorporación de beneficiarios de la extinta Compañía de Luz y Fuerza del Centro¹⁰⁴. A diciembre de 2016, el número de afiliados al Seguro de Salud para la Familia fue de 315,592 asegurados. Esta cifra representa una disminución de 26% respecto a la registrada en 2015, que era de 427,012 asegurados. Lo anterior, derivado de la contratación del esquema de incorporación voluntaria al Régimen Obligatorio del Seguro Social, por parte de los ex trabajadores de Luz y Fuerza del Centro, autorizado por el H. Consejo Técnico en noviembre de 2016.

La edad promedio de los afiliados al Seguro de Salud para la Familia es de 47 años, mientras que en el Seguro de Enfermedades y Maternidad es de 30 años, como se infiere de la gráfica VII.2. Lo anterior refleja la posibilidad de la existencia de una selección adversa en el Seguro de Salud para la Familia, ya que los motivos de afiliación pueden estar vinculados con alguna necesidad específica de atención médica de sus asegurados o con enfermedades preexistentes.

El IMSS cuenta con mecanismos para reducir la posibilidad de selección adversa en el Seguro de Salud para la Familia, tales como la exclusión de algunos padecimientos, o bien la definición de periodos de

¹⁰⁴ Fuente: Dirección de Incorporación y Recaudación, IMSS.

Cuadro VII.1.
Estado de actividades del Seguro de Salud para la Familia, al 31 de diciembre de 2016
(millones de pesos corrientes^{1/})

Concepto	Con registro parcial	Con registro total
	Costo neto del periodo	Costo neto del periodo
Ingresos y otros beneficios		
Ingresos de la gestión		
Cuotas y aportaciones de seguridad social	2,347	2,347
Ingresos por venta de bienes y servicios		
Ingresos por venta de bienes y servicios de organismos descentralizados	34	34
Otros ingresos y beneficios		
Ingresos financieros		
Intereses ganados de valores, créditos, bonos	16	16
Otros ingresos y beneficios varios ^{2/}	85	52
Total de ingresos	2,483	2,450
Gastos y otras pérdidas		
Gastos de funcionamiento		
Servicios de personal ^{2/}	5,140	4,967
Materiales y suministros	1,733	1,733
Servicios generales y subrogación de servicios	790	790
Otros gastos y pérdidas		
Estimaciones, depreciaciones y deterioro	29	29
Otros gastos	42	42
Pagos a pensionados y jubilados IMSS ^{2/}	2,000	2,140
Costo por beneficios a empleados (RJP) ^{3/}	0	49,977
Total de gastos	9,733	59,678
Resultado del ejercicio	-7,251	-57,228

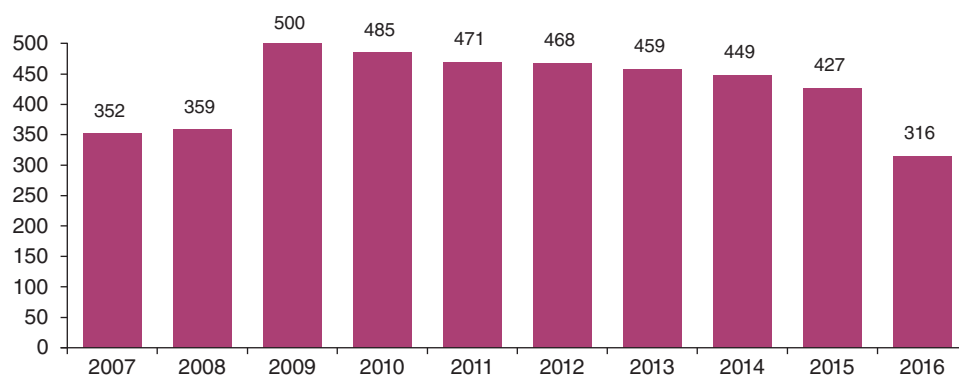
^{1/} Los totales pueden no coincidir debido al redondeo de cifras.

^{2/} En el rubro de Otros ingresos y beneficios varios con registro total no se consideran 33 millones, por la recuperación de la nómina de jubilados del Programa IMSS-PROSPERA, ya que se incluye en el rubro de Pagos a pensionados y jubilados IMSS; asimismo, en el rubro Servicios de personal con registro pleno no se consideran 173 millones de pesos correspondientes a los pagos por prima de antigüedad y las aportaciones del Instituto al Régimen de Jubilaciones y Pensiones, de acuerdo con las cláusulas contractuales, ya que están incluidas en el rubro de Pagos a pensionados y jubilados IMSS.

^{3/} El costo neto del periodo determinado por el despacho externo AON México, Business Support, S. A. de C. V., se integra por los rubros Pagos a pensionados y jubilados IMSS y Costo por beneficios a empleados del Régimen de Jubilaciones y Pensiones, la determinación del costo neto de 2016 para el Régimen de Jubilaciones y Pensiones y para Prima de Antigüedad e Indemnizaciones en favor de los Trabajadores del Instituto Mexicano del Seguro Social se realizó considerando la transición a la nueva NIF D-3 "Beneficios a los Empleados" y las Mejoras 2017 con lo que se elimina el factor de reconocimiento gradual de las partidas pendientes de amortizar en el cargo a resultados y se incorpora el reconocimiento inmediato del saldo pendiente de amortizar, por lo que para este seguro se realizó una asignación de 52,117 millones de pesos.

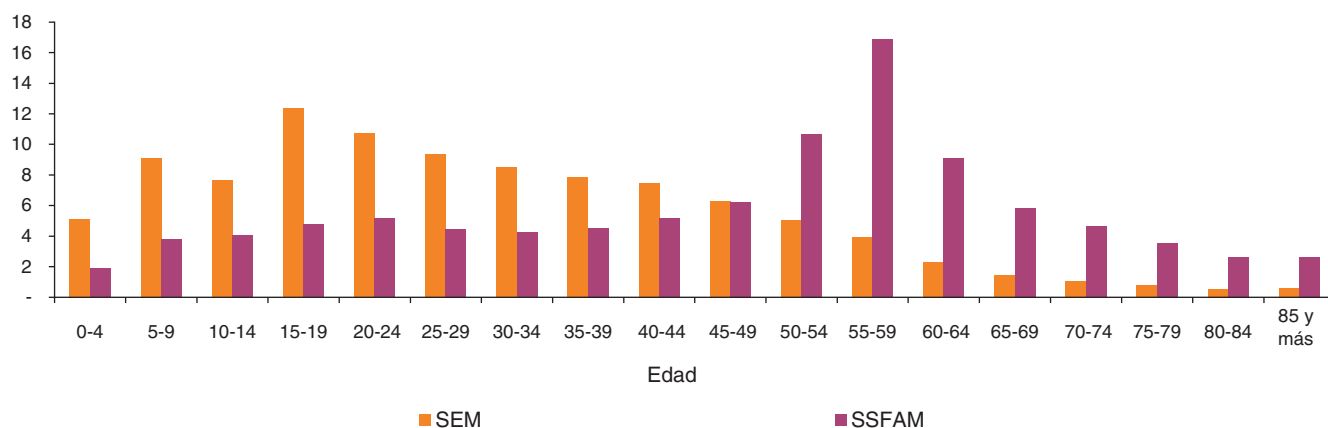
Fuente: Dirección de Finanzas, IMSS, a partir de los Estados Financieros dictaminados al 31 de diciembre de 2016 y 2015, y de la Valuación Actuarial del Régimen de Jubilaciones y Pensiones, y Prima de Antigüedad de los Trabajadores del Instituto Mexicano del Seguro Social bajo la Norma de Información Financiera D-3 "Beneficios a los Empleados", al 31 de diciembre de 2016 y Proyecciones para 2017.

Gráfica VII.1.
Afiliados al Seguro de Salud para la Familia, a diciembre de
cada año, 2007-2016
 (miles de asegurados)



Fuente: Dirección de Incorporación y Recaudación, IMSS.

Gráfica VII.2.
Distribución por grupo de edad de la población afiliada^{1/} al Seguro de Salud para la Familia y al Seguro de
Enfermedades y Maternidad, en 2016
 (porcentaje)



^{1/} La población afiliada al Seguro de Enfermedades y Maternidad (SEM) y al Seguro de Salud para la Familia (SSFAM) corresponde a la población derechohabiente adscrita a unidad descontando a la población de pensionados y aquellos en conservación de derechos.

Seguro de Enfermedades y Maternidad, refiere a asegurados de las modalidades 10, 13, 14, 17, 30, 32, 34, 35, 36, 38, 42, 43 y 44, y a sus familiares. No incluye 39,515 derechohabientes, de los cuales no se dispone de edad. Ver cuadro A.1 "Modalidades de aseguramiento por tipo de régimen y esquema de prestaciones" en Anexo A, para la descripción de las modalidades de aseguramiento al IMSS.

Seguro de Salud para la Familia, refiere a asegurados en la modalidad 33. Ver cuadro A.1 "Modalidades de aseguramiento por tipo de régimen y esquema de prestaciones" en Anexo A, para la descripción de las modalidades de aseguramiento al IMSS.

Fuente: Dirección de Incorporación y Recaudación, IMSS.

espera para su atención. Para ello, se aplica un cuestionario sobre la situación de salud de los posibles asegurados y, si se requiere, se realizan los estudios médicos que el IMSS considere necesarios¹⁰⁵.

VII.3. Cuotas de financiamiento

Los ingresos recaudados por cuotas anuales y de aportaciones estatutarias de este seguro pasaron de 2,242 millones en 2015 a 2,347 millones de pesos en 2016, es decir, registraron un incremento de 4.7% nominal, que en términos reales equivale a 1.8%. En particular, la contribución del Gobierno Federal registró un aumento significativo de 18% real.

Sin embargo, los ingresos por cuotas a cargo de los asegurados observaron una reducción de 8% real, debido a la disminución de la población afiliada al Seguro de Salud para la Familia, de alrededor de 7%¹⁰⁶.

Al comparar el gasto por asegurado en el Seguro de Salud para la Familia y el del Seguro de Enfermedades y Maternidad se desprende que en el primer caso el gasto es superior que en el de los asegurados del Seguro de Enfermedades y Maternidad, en todos los grupos de edad, lo que evidencia la selección adversa antes señalada (gráfica VII.3).

En comparación con las primas de un seguro privado, éstas pueden ser hasta 3 veces el valor de la cuota del Seguro de Salud para la Familia, en edades jóvenes, y de hasta 12 veces en edades avanzadas¹⁰⁷. Esta diferencia en costos entre un seguro de Gastos Médicos Mayores privado y el Seguro de Salud para la Familia se incrementa aún más si se agregan los conceptos de deducible y coaseguro que normalmente se aplican en los primeros, además de condiciones más estrictas como edad máxima de aseguramiento, exclusiones y tiempos de espera para la atención de algunos padecimientos.

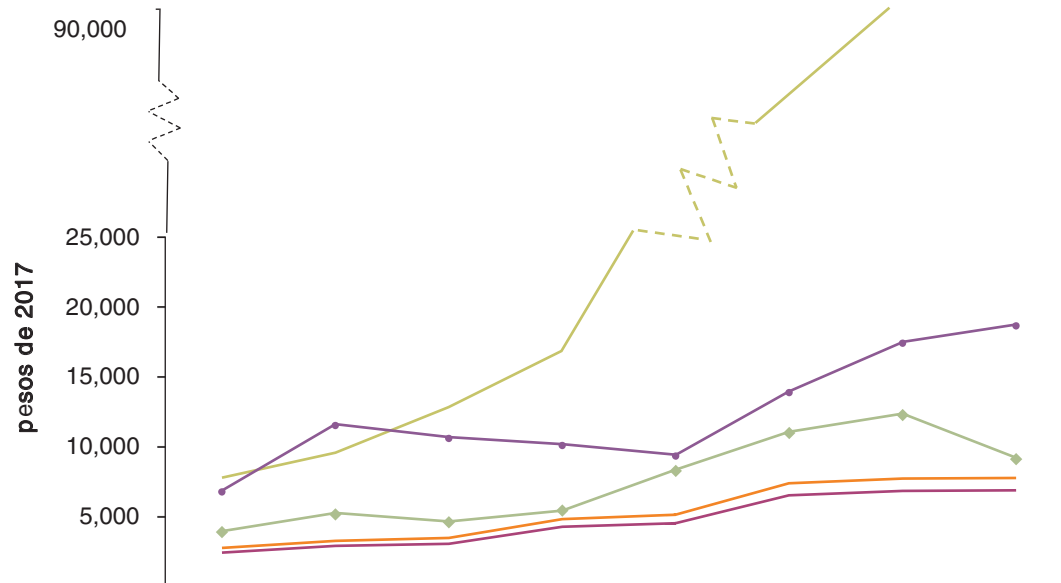
En resumen, el Seguro de Salud para la Familia es una excelente alternativa para proteger el patrimonio de las familias que no cuentan con seguridad social ante los problemas médicos que puedan presentarse.

¹⁰⁵ Artículos 98 y 99 del Reglamento de la Ley del Seguro Social en materia de Afiliación, Clasificación de Empresas, Recaudación y Fiscalización.

¹⁰⁶ La referencia considera a la población afiliada, promedio anual, de cada año.

¹⁰⁷ 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.

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



	0-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80 y más
— Prima anual seguro privado	7,717	9,490	12,775	16,794	30,422	68,660	89,640	
— Gasto por asegurado SSFAM	6,785	11,533	10,601	10,107	9,340	13,892	17,420	18,651
— Gasto por asegurado SEM	3,884	5,189	4,585	5,344	8,289	11,012	12,287	9,145
— Cuotas SSFAM 2017	2,700	3,200	3,400	4,750	5,050	7,300	7,650	7,700
— Cuotas SSFAM 2016	2,360	2,832	2,990	4,196	4,458	6,451	6,766	6,819

Notas: i) SSFAM: Seguro de Salud para la Familia; SEM: Seguro de Enfermedades y Maternidad; ii) Los esquemas de aseguramiento privado no contemplan grupos mayores a 80 años, y iii) Las cuotas del SSFAM de 2016 se expresan en pesos de 2017, considerando una inflación de 4.9%.
 Fuentes: Dirección de Finanzas, IMSS; Diario Oficial de la Federación; Sector Asegurador.



IMSS-PROSPERA es un programa con cerca de 40 años al servicio de la población que carece de acceso a los sistemas de seguridad social en México, lo que le convierte en el prestador de servicios con más experiencia en la atención en salud a la población más marginada de nuestro país. Su primer antecedente se encuentra en las reformas a la Ley del Seguro Social de 1973, que introdujeron el concepto de servicios de solidaridad social, consistentes en asistencia médica, farmacéutica y hospitalaria a favor de núcleos poblacionales de alta pobreza y sin capacidad contributiva. Cuatro años más tarde, en 1977, el Ejecutivo Federal dio continuidad a la política integral para atender a este sector de población al crear la Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados (Coplamar), destinada a ordenar las acciones de todas las dependencias, entidades y programas federales en la atención a la pobreza.

En 1979, el esfuerzo del Gobierno Federal por acelerar la ampliación de cobertura en salud de las zonas marginadas de México se concreta en un convenio de coordinación entre la Presidencia de la República y el IMSS que dio lugar a la creación del Programa IMSS-Coplamar cuya administración total se asignó al Instituto.

Desde sus orígenes, el Programa IMSS-PROSPERA se ha consolidado sobre bases de colaboración y políticas transversales del Gobierno Federal en materia de combate a la pobreza, lo que ha determinado su desarrollo, evolución y cambios en su denominación. La modificación más reciente tuvo lugar en 2014

cuando, derivado de la transformación del hasta entonces llamado Programa de Desarrollo Humano Oportunidades, se autoriza la identificación del Programa con el nombre de IMSS-PROSPERA.

VIII.1. Cobertura e infraestructura

El Programa tiene presencia en 28 entidades en las que brinda cobertura a 12.3 millones de personas residentes en 20,485 localidades —77% de ellas con grados alto y muy alto de marginación, de conformidad con la clasificación del Consejo Nacional de la Población— pertenecientes a 1,499 municipios. De esta población beneficiaria del Programa, casi 4 millones se concentran en comunidades predominantemente indígenas y 8.3 millones habitan en municipios incorporados a la Cruzada Nacional contra el Hambre.

Durante 2016, IMSS-PROSPERA entregó 7'486,753 documentos de identificación de cobertura en salud al mismo número de personas, lo que representó 60.6% de todo el padrón del Programa. Con la entrega de dicho documento, IMSS-PROSPERA busca dar certeza e incrementar el sentido de pertenencia de su población con los servicios que se proporcionan en sus establecimientos médicos.

La atención que otorga IMSS-PROSPERA se sustenta en el Modelo de Atención Integral a la Salud, que se caracteriza 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:

- i) 4,310 unidades médicas de primer nivel de atención y 80 de segundo nivel, distribuidas en 28 entidades y 31 delegaciones del IMSS (cuadro VIII.1).

- ii) Una plantilla laboral integrada por casi 26 mil personas, de las cuales 89.9% corresponde a personal médico, de enfermería, de acciones comunitarias y administrativo, en atención directa a la población beneficiaria; 9.1% en actividades de apoyo institucional, supervisión, asesoría y capacitación a equipos de salud y solo 1% está destinado a actividades normativas en oficinas centrales.
- iii) Una estructura comunitaria conformada por más de 350 mil personas: 116,556 integrantes de 18,553 Comités de Salud; 15,737 personas voluntarias de salud; 206,764 agentes comunitarios de salud; 7,031 parteras y parteros; 1,045 médicos tradicionales en interrelación, y 3,387 avales ciudadanos instalados.
- iv) 68 albergues comunitarios ubicados al interior o en las inmediaciones de los hospitales rurales, en donde pacientes, acompañantes y familiares que requieren los servicios de segundo nivel cuentan con alimentación, hospedaje y actividades que fomentan el cuidado de su salud.

Con esta infraestructura y capital humano se obtuvieron los resultados detallados en los cuadros VIII.2 y VIII.3.

En 2016, el Programa puso en operación 59 Unidades Médicas Móviles e inició la compra de 50 más con recursos de la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas (CDI), modalidad con la que fortalece la prestación de servicios de salud en comunidades indígenas con alta dispersión geográfica. A través de 89 Unidades Médicas Móviles en servicio al cierre del año, 30 de ellas adquiridas y puestas en operación en el bienio 2014-2015, el Programa otorgó 276,513 consultas, de las cuales 53% estuvieron a cargo de personal médico y 47% de personal de enfermería.

Cuadro VIII.1.

Infraestructura del Programa IMSS-PROSPERA, 2016

Primer Nivel de Atención	
Unidades Médicas Rurales	3,612
Unidades Médicas Urbanas	313
Unidades Médicas Móviles	143
Brigadas de Salud	196
Centros Rurales de Atención Integral a la Mujer ^{1/}	46
Segundo Nivel de Atención	
Hospitales Rurales	80
Servicios comunitarios	
Albergues comunitarios	68

^{1/} Anteriormente denominados Centros de Atención Rural Obstétrica (CARO).

Fuente: Unidad del Programa IMSS-PROSPERA.

Cuadro VIII.2.

Asistencia médica ambulatoria y hospitalaria, 2016

Actividad	Total
Consultas	22,900,376
Partos	108,214
Atendidos por personal institucional	103,003
Atendidos por parteras voluntarias	5,211
Egresos hospitalarios	234,682
Intervenciones quirúrgicas	105,100
Estudios de laboratorio	9,898,268
Estudios de rayos X	359,130

Ocupación hospitalaria de 81%, con un promedio de 3 días estancia.

Fuente: Sistema de Información en Salud para Población Adscrita (SISPA), 2016.

Cuadro VIII.3.

Indicadores del Programa IMSS-PROSPERA, 2016

No.	Indicador	Bueno	Regular	Crítico	Resultado 2016
1	Tasa de mortalidad infantil ^{1/}				7.73
2	Razón de mortalidad materna	≤ 8.60	8.61-15.0	≥ 15.1	9.49
3	Tasa de hospitalización por diabetes no controlada	≤ 7.8	7.81-16.1	≥ 16.2	5.45
4	Porcentaje de menores de 1 año que cuentan con esquema completo de vacunación	≥ 95.0	80.1-94.9	≤ 80.0	86.02
5	Porcentaje de detección de hipertensión arterial	≥ 90.0	80.0-89.9	≤ 79.9	109.28
6	Porcentaje de casos de diarrea aguda que son monitoreados para la búsqueda de <i>V. Cholerae</i>	≥ 2.0	1.0-1.9	< 1.0	1.97
7	Porcentaje de pacientes mayores de 20 años con diabetes mellitus tipo 2 en control con hemoglobina glucosilada	≥ 24.0	9.0-23.9	≤ 9.1	76.64
8	Porcentaje de surtimiento completo de recetas médicas	≥ 84.60	80.0-84.5	≤ 79.9	89.73
9	Porcentaje de niños menores de 5 años que están en control nutricional	≥ 95.0	75.0-94.9	≤ 74.9	88.91
10	Porcentaje de familias de la zona de influencia que aplican las acciones de saneamiento básico	≥ 60.0	55.0-59.9	≤ 54.9	87.14
11	Porcentaje de cobertura de la instalación de Aval Ciudadano en las unidades médicas del Programa	≥ 34.67	17.34-34.66	≤ 17.33	35.36
12	Tasa de infecciones nosocomiales	≥ 0.50	0.26-0.49	≤ 0.25	0.58
13	Porcentaje de embarazadas atendidas en el primer trimestre gestacional	≥ 56.0	50.0-55.9	≤ 49.9	59.18
14	Capacidad resolutive en atención primaria	≤ 7.0	7.1-8.0	≥ 8.1	2.49
15	Porcentaje de personas asesoradas y derivadas a la Unidad Médica por Voluntarios de Salud y Agentes Comunitarios de Salud con relación al número de personas identificadas	≥ 88.6	70.0-88.5	≤ 69.9	95.78
16	Porcentaje de personas derivadas por Parteras Voluntarias Rurales para atención y consulta	≥ 90.0	80.0-89.9	≤ 79.9	98.28

^{1/} Información del Programa IMSS-PROSPERA; preliminar. Indicador asociado al Programa Sectorial de Salud 2013-2018.

Fuentes: Sistemas de información sectoriales y del Programa IMSS-PROSPERA.

El primer nivel de atención también fue fortalecido con la conclusión y equipamiento de 10 Unidades Médicas Rurales, y el inicio en la construcción de 7 más, que junto con las 8 Unidades Médicas Rurales construidas en el periodo 2014-2015 sumaron 25 nuevas unidades cofinanciadas por la CDI. Respecto a los servicios de segundo nivel, se inauguró el nuevo hospital rural de Axtla de Terrazas en San Luis Potosí y 2 albergues comunitarios: uno en la unidad hospitalaria citada y otro en Guachochi, Chihuahua. Al término de 2016 estuvieron en proceso de ampliación 2 hospitales en Hidalgo (cuadro VIII.4).

De forma paralela al fortalecimiento de infraestructura en salud para población indígena, IMSS-PROSPERA promueve el enfoque intercultural en salud en su plantilla laboral, con la finalidad de que mediante el diálogo, el reconocimiento y el respeto a las particularidades culturales de la población beneficiaria, la atención proporcionada sea de mayor calidad e integralidad. En el periodo 2014-2016 se han realizado 524 cursos con este enfoque y se capacitaron a 19,535 personas, equivalente a una cobertura de 77% de la plantilla laboral del Programa.

Como producto de la gestión con los gobiernos municipales para la mejora de las condiciones de salud y calidad de vida de la población que atiende el Programa IMSS-PROSPERA, en 2016 la inversión por este concepto fue un poco mayor a los 37 millones de pesos, recursos que fueron ejercidos en la ampliación o sustitución de 17 Unidades Médicas Rurales (cuadro VIII.5).

Cuadro VIII.4.
Infraestructura financiada con recursos de la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas en 2016

Delegación	Tipo de establecimiento		
	UMM	UMR con CARA	Ampliación de consultorios en HR
Campeche	1		
Chiapas	8	1	
Guerrero	7		
Hidalgo	3	1	2
México Poniente	1		
Michoacán	2		
Nayarit		1	
Oaxaca	6	1	
Puebla	6	1	
San Luis Potosí	4	1	
Veracruz Norte	5	1	
Veracruz Sur	3		
Yucatán	4		
Total	50	7	2

UMM: Unidad Médica Móvil; UMR: Unidad Médica Rural; CARA: Centro de Atención Rural al Adolescente; HR: Hospital Rural.
Fuente: Unidad del Programa IMSS-PROSPERA.

Cuadro VIII.5.
Ampliación o sustitución de Unidades Médicas Rurales financiadas con recursos municipales, 2016

Delegación	Unidades Médicas Rurales
Chiapas	5
Chihuahua	2
Durango	1
Oaxaca	1
Puebla	3
Yucatán	5
Total	17

Fuente: Unidad del Programa IMSS-PROSPERA.

VIII.2. 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 efectuada 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.

Los recursos totales recibidos en 2016 ascendieron a 11,749.9 millones de pesos (cuadro VIII.6).

Del total de recursos, 72% se destinó al capítulo de Servicios de personal (incluye el pago del Régimen de Jubilaciones y Pensiones), mientras que en el capítulo de Consumo de bienes se ejerció 16% del total del presupuesto, del cual la mayor parte se utilizó para afrontar el gasto en medicamentos, vacunas, servicios de laboratorio, instrumental y accesorios médicos, y víveres. El capítulo de Servicios generales representó 8% y el de Conservación, 2% del presupuesto. Con las cifras mencionadas se alcanzó 99.97% de ejercicio presupuestal (cuadro VIII.7). Esto se traduce en que 90% del presupuesto se ejerce en la atención directa de los beneficiarios y 8% a servicios indispensables para la operación, por lo que sólo es posible destinar 2% para inversión (gráfica VIII.1), monto que para el 2016 provino en 66% de convenios con otras instituciones.

Cuadro VIII.6.
Presupuesto original, 2016
(millones de pesos)

Concepto	Importe
Ramo 19	10,201.3
Ramo 12	1,355.5
Convenios con la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas	147.3
Convenio con la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, relativo al Seguro Médico Siglo XXI	45.1
Convenio de colaboración para el intercambio de Servicios de Atención Médica con ISSSTE Oaxaca	0.7
Total	11,749.9

Fuente: Unidad del Programa IMSS-PROSPERA.

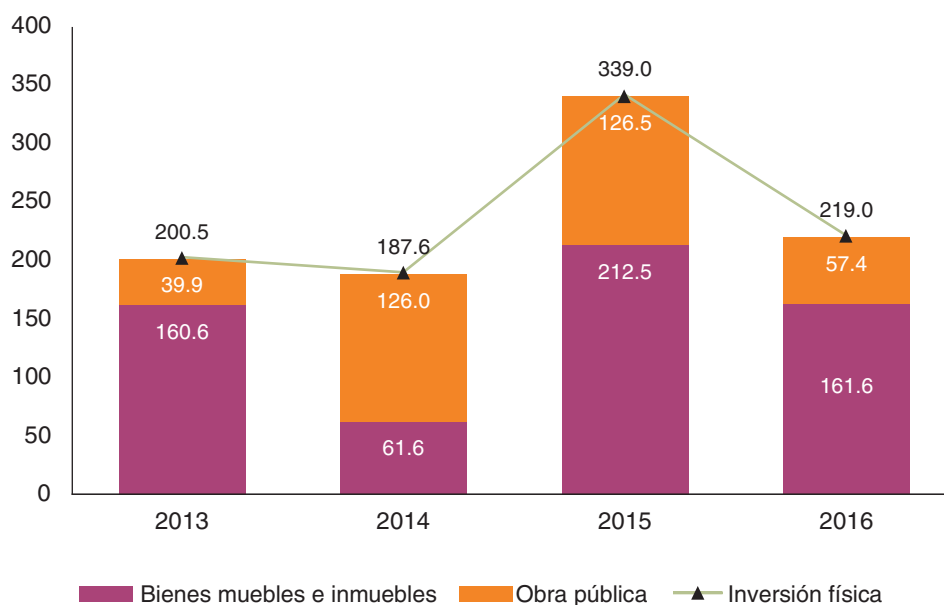
Cuadro VIII.7.
Presupuesto ejercido, 2013-2016
(millones de pesos)

Concepto	2013	2014	2015	2016
Servicios de personal	6,698.1	6,975.0	8,119.5	8,424.2
Consumo de bienes	2,034.0	2,072.3	1,606.2	1,910.8
Servicios generales ^{1/}	839.9	1,147.7	941.2	950.1
Conservación	325.1	322.5	263.0	242.7
Gasto corriente	9,897.1	10,517.5	10,929.9	11,527.8
Bienes muebles e inmuebles	160.6	61.6	212.5	161.6
Obra pública	39.9	126.0	126.5	57.4
Inversión física	200.5	187.6	339.0	219.0
Total	10,097.6	10,705.1	11,268.9	11,746.8

^{1/} Incluye la prestación y compensación de servicios de salud entre instituciones públicas.

Fuente: Unidad del Programa IMSS-PROSPERA.

Gráfica VIII.1.
Inversión física, 2013-2016
(millones de pesos)



Fuente: Unidad del Programa IMSS-PROSPERA.

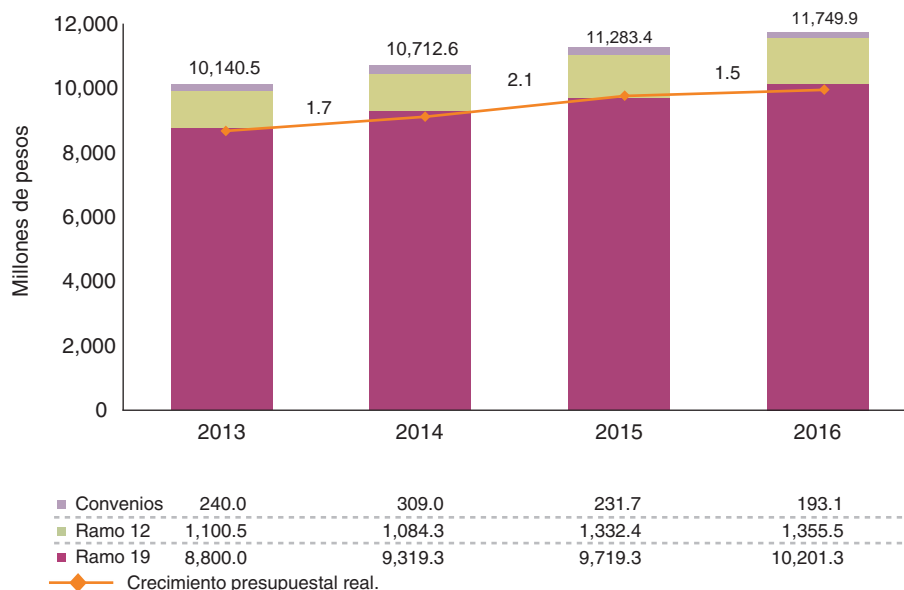
Como se observa en la gráfica VIII.2, el incremento real al presupuesto asignado al Programa a través del Ramo 19 en los últimos años ha sido menor a la inflación, y también inferior al incremento contractual de servicios de personal que para 2016 representó 72% del gasto, por lo que ha sido insuficiente para afrontar los retos asociados a la demanda creciente de servicios de salud de la población sin seguridad social que atiende el Programa.

Con la finalidad de mejorar la prestación de servicios de segundo nivel, se dio continuidad a la formación de personal médico especialista para los Servicios Rurales de Salud, curso de posgrado que el Programa ha organizado de manera conjunta con la Coordinación de Educación en Salud del IMSS, el Sindicato Nacional de Trabajadores del Seguro Social (SNTSS) y el respaldo académico del Instituto Politécnico Nacional. En 2016 egresaron 71 integrantes de la quinta generación, con lo que a la fecha 429 especialistas se

han incorporado a la plantilla de 77 Hospitales Rurales del Programa, en diferentes turnos. En ese mismo año dio inicio la sexta generación con una oferta de 91 becas y la cobertura en 72 de ellas. Esta generación concluirá en el año 2019 y permitirá incrementar el número de especialistas en los hospitales de IMSS-PROSPERA.

Entre el personal de enfermería se impartieron diplomados sobre Seguridad del Paciente a 429 personas; sobre Guías de Práctica Clínica en Urgencias obstétricas a 1,743; sobre Vacunología a 79 personas graduadas, y la impartición de un curso taller de Vacunación segura con el que fueron capacitadas 10,127 personas. En lo concerniente a la profesionalización para obtención de la Licenciatura en Enfermería, en 2016 egresó la segunda generación con 27 integrantes, en tanto que la tercera generación, conformada por 70 personas, se encuentra en formación académica.

Gráfica VIII.2.
Presupuesto 2013-2016
(millones de pesos)



Fuente: Unidad del Programa IMSS-PROSPERA.

VIII.3. Portabilidad de servicios y vinculación interinstitucional

El carácter de IMSS-PROSPERA como prestador de servicios de salud a otras instituciones y programas se refleja en las características de afiliación de su población beneficiaria, pues 64% está inscrito en el Sistema de Protección Social en Salud, Seguro Popular (7'870,034 personas); en tanto que 53% cuenta con PROSPERA Programa de Inclusión Social (6'594,393 personas). Con la finalidad de promover esta portabilidad y convergencia, el Programa impulsa la firma de convenios y acuerdos interinstitucionales para el otorgamiento de servicios y obtener el reembolso económico por concepto de las intervenciones realizadas.

Entre 2013 y 2016, el Programa otorgó 24'158,389 consultas a personas afiliadas al Seguro Popular, lo que significa un incremento de 77.5% en este periodo. Para consolidar el otorgamiento de atención

a dicho sector poblacional, en 2016 se registraron los siguientes avances:

- i) Renovación de vigencia del convenio con la Comisión Nacional de Protección Social en Salud para la ejecución de acciones relativas al Programa Seguro Médico Siglo XXI (SMSXXI), que establece el reembolso de recursos por las intervenciones en salud proporcionadas a menores de 5 años en Hospitales Rurales acreditados. IMSS-PROSPERA incrementó el otorgamiento de atención médica con la oferta de 38 intervenciones contempladas en el catálogo de dicho programa, lo que significó 26% de cobertura en 74 Hospitales Rurales acreditados (92.5% del total de hospitales del Programa). De acuerdo con cifras preliminares, en 2016 se registraron 2,488 menores de 5 años con atención médica financiada por dicho seguro, 77% más que en 2015, cuando se alcanzaron 1,406 registros.

ii) Acreditación y certificación como garantía de calidad en unidades médicas de IMSS-PROSPERA. Se logró la aprobación de 2 Hospitales Rurales y 143 Unidades Médicas Rurales, resultados que sumados a los avances de años previos representan un total de 850 establecimientos acreditados (78 hospitales y 772 Unidades Médicas Rurales) y un progreso de 98% en unidades hospitalarias y de 21.4% en Unidades Médicas Rurales.

Adicionalmente, se dignificaron 396 Unidades Médicas Rurales y 2 Hospitales Rurales con el fin de obtener su acreditación; en tanto que 14 hospitales se preparan para el proceso de certificación ante el Consejo de Salubridad General.

Para mejorar la calidad asistencial y seguridad clínica en 100% de unidades hospitalarias de IMSS-PROSPERA se monitoreó la implementación de las 6 Metas Internacionales de Seguridad del Paciente, se fortaleció el monitoreo al cumplimiento de la NOM-004-SSA3-2012 del Expediente Clínico con evaluación a través de la herramienta MECIC y se consolidó el Comité de Calidad y Seguridad del Paciente (COCASEP).

iii) Incorporación del Aval Ciudadano como mecanismo de contraloría social y participación ciudadana para la mejora de la atención. La función de esta figura es evaluar la calidad percibida por parte de la ciudadanía en la prestación de los servicios de cada unidad médica. Durante 2016 se instalaron 505 avales y se firmaron 3,183 cartas compromiso, con atención a 1,919 de ellas (60.3%). A 3 años de implementada esta modalidad de contraloría social, IMSS-PROSPERA contó con 3,387 avales en igual número de establecimientos médicos, lo que representó una cobertura de 78.3% respecto al total de sus unidades médicas.

Convenio con el INEA

En 2014 el Instituto Nacional para la Educación de los Adultos (INEA) e IMSS-PROSPERA celebraron un Convenio de colaboración con la finalidad de promover el acceso a los servicios de educación primaria y secundaria entre la población adulta beneficiaria del Programa. En el año concluido, 6,848 personas participaron en la campaña para disminuir el rezago educativo de las cuales 810 recibieron educación en su propia lengua (cuadro VIII.8). Para obtener estos resultados 713 voluntarias y voluntarios de salud en el Programa fungieron como asesores educativos.

Cuadro VIII.8.
Campaña para disminuir el rezago educativo, 2016

Nivel educativo	Personas formadas en educación convencional	Personas formadas en educación indígena
Alfabetización	1,869	569
Educación inicial	1,464	198
Educación primaria	1,662	32
Educación secundaria	1,043	11
Total	6,038	810

Fuente: Unidad del Programa IMSS-PROSPERA.

Igualdad y género

En 2016 IMSS-PROSPERA puso en marcha la Estrategia de Prevención, Detección, Atención y Derivación de Violencia de Género en mujeres mayores de 15 años en establecimientos médicos del Programa. De enero a diciembre de 2016 se realizaron 190,947 detecciones, de las que 2,242 resultaron positivas. En 1,293 casos se proporcionó orientación legal; en 586, plan de seguridad, y en 826 se hizo valoración del riesgo.

VIII.4. Prestación de 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.

La vocación preventiva del Programa ha tenido frutos en el mantenimiento de una tendencia discretamente descendente en las tasas de mortalidad infantil como producto de la prioridad asignada a la vacunación y la nutrición, así como en la reducción de la tasa de muerte materna que colocó al Programa en la ruta de cumplimiento de la Meta del Milenio. Entre los retos que aún se afrontan se encuentran: los riesgos de salud asociados a la adolescencia, en particular el embarazo temprano; el abatimiento de enfermedades propias de la pobreza que aún persisten en la población que atiende el Programa, y frente al crecimiento de enfermedades crónico-degenerativas, lograr que la atención primaria sea un mecanismo efectivo de contención a la complicación.

Salud pública

El componente de salud pública del Programa está ligado estrechamente a las primeras 27 intervenciones del Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES), entre las cuales hay múltiples actividades preventivas que deben ser registradas sistemáticamente en las Cartillas Nacionales de Salud. Durante 2016 se entregaron 708,474 cartillas en el ámbito del Programa,

se efectuaron 1'026,799 sesiones de promoción a la salud con un promedio de 12 asistentes por sesión y 12'380,817 asistencias.

En el marco del Programa de Vacunación Universal, durante 2016 se aplicaron poco más de 7.3 millones de dosis de vacunas, lo que significó una disminución respecto a otros años debido a la falta de proveeduría oportuna y/o suficiente de 3 productos biológicos: pentavalente acelular, antihepatitis B unidosos y antirrotavirus. Sin embargo, el descenso no repercutió en la incidencia de enfermedades prevenibles por vacunación e IMSS-PROSPERA contribuyó a mantener la erradicación de la poliomielitis con la ministración de 826,547 dosis de la vacuna SABIN trivalente oral (t-OPV SABIN) con un logro de 97.3% durante la campaña de retirada y contención del poliovirus vacunal tipo 2. Asimismo, se contribuyó a la eliminación del sarampión/rubéola/rubéola congénita con la participación en la campaña de vacunación indiscriminada en niños de 1 a 4 años de edad a quienes se aplicaron 762,664 dosis de la vacuna contra el sarampión, rubéola y parotiditis (SRP), y contra el sarampión y la rubéola (SR), lo que significó un logro de 100.6%.

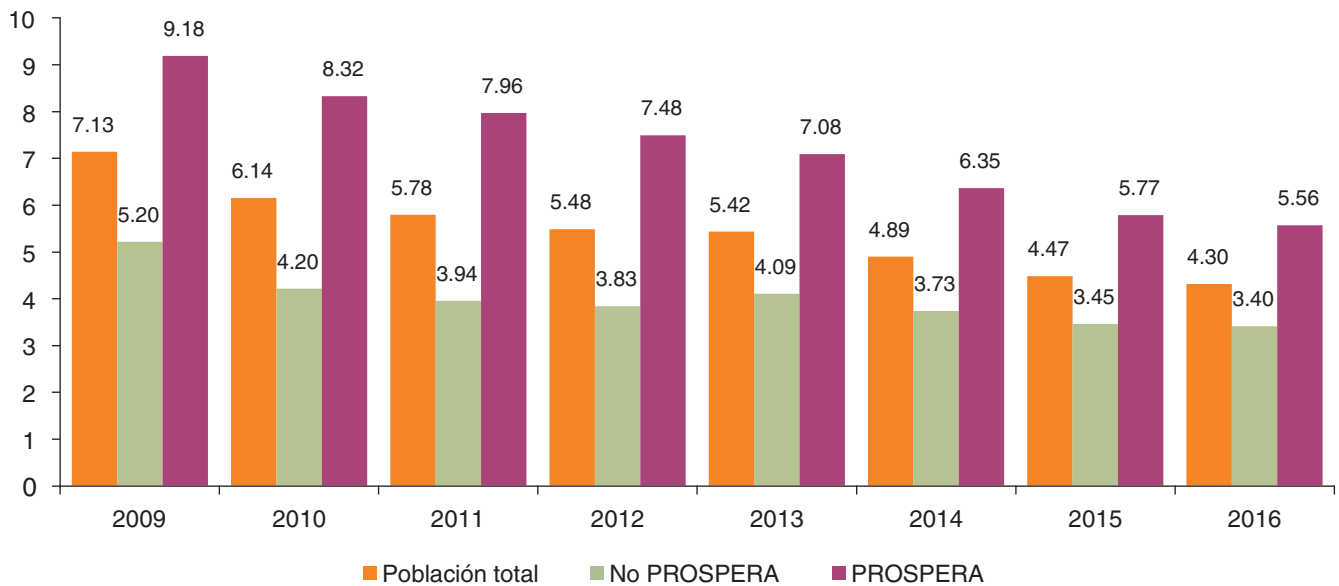
Entre los biológicos prioritarios IMSS-PROSPERA aplicó en la temporada invernal 2015-2016, un total de 2'838,731 dosis de antiinfluenza, lo que significó 101.6% de la meta. Para la temporada invernal 2016-2017 se estableció una meta de más de 2.8 millones de dosis, con un avance de 99.9% y la aplicación de 2'798,121 dosis al 14 de marzo de 2017.

Como parte de las actividades emprendidas para la atención a la infancia, se llevó a cabo la valoración del estado nutricional y el diagnóstico y tratamiento de la anemia en menores de 5 años con resultados satisfactorios. La prevalencia de la desnutrición infantil del ámbito rural mostró una clara disminución tanto en la población beneficiaria de PROSPERA, como en aquella que no cuenta con acceso a dicho programa social (gráfica VIII.3).

Por su parte, la prevalencia de la anemia en el ámbito rural disminuyó de 20.7% en 2012 a 12.4% en 2016 en los niños de 12 a 23 meses, con resultados similares en los niños de 24 a 59 meses, donde pasó de 16.5% a 8.6% en el mismo periodo; además, en 2015 se incluyó en esta intervención al grupo de 6 a 11 meses, con excelentes resultados (gráfica VIII.4).

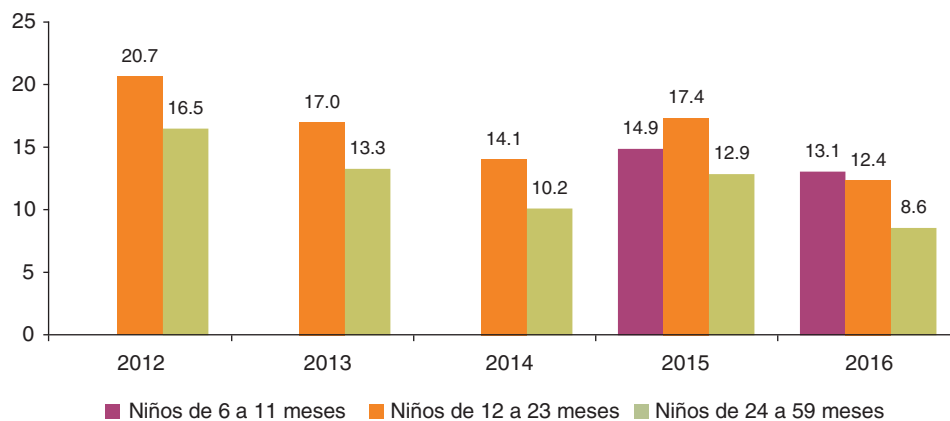
El impacto de la atención integral al niño en el ámbito del Programa se ha reflejado positivamente en el abatimiento de la tasa de mortalidad infantil, que disminuyó de 9.35 por mil nacidos vivos en el año 2000, a una tasa de 7.73 en 2016 (cifra preliminar). La tasa de mortalidad en menores de 5 años también se modificó positivamente al pasar de 10.43 por mil nacidos vivos en el 2000, a una tasa de 8.81 en 2016 (cifra preliminar).

Gráfica VIII.3.
Prevalencia (%) de la desnutrición global, ámbito rural, 2009-2016
(peso para la edad, gráficas de la OMS, 2006)



Fuente: SISPA 2009-2016. Desnutrición leve, moderada y severa.

Gráfica VIII.4.
Prevalencias de anemia en menores de 12 a 23 meses y de 24 a 59 meses de edad, ámbito rural, 2012-2016
(porcentaje)



Fuente: SISPA 2012-2016.

Tuberculosis

En la prevención y control de la tuberculosis, las actividades de detección se orientan a individuos con sintomatología respiratoria caracterizada por tos productiva, a fin de instaurar un tratamiento e incidir en la interrupción de la cadena de transmisión. En 2016 se realizaron 47,241 detecciones con un logro de 85.4% de la meta, lo que permitió identificar 705 casos nuevos de tuberculosis pulmonar e iniciar su tratamiento. De las personas que previamente ingresaron y concluyeron su tratamiento se obtuvo una tasa de éxito de 89.5%. La incidencia de tuberculosis pulmonar fue de 5.7 por cada 100 mil habitantes atendidos en IMSS-PROSPERA, cifra similar a la observada en 2015 (gráfica VIII.5).

Para obtener este resultado se contó con el apoyo de personas voluntarias y agentes comunitarios de salud quienes identificaron a 18,104 personas tosedoras productivas, de las cuales 17,268 fueron derivadas a la unidad médica.

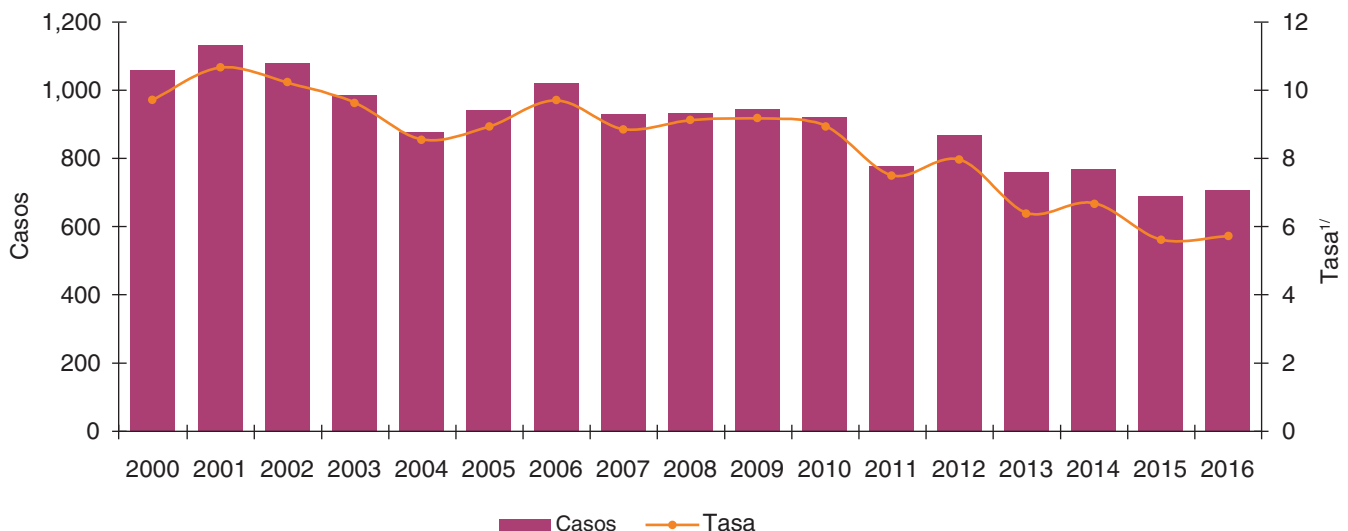
Enfermedades transmitidas por vector (dengue, Chikungunya, Zika)

A partir de agosto del 2016 las definiciones operacionales de dengue en México fueron modificadas, acorde con la nueva clasificación establecida por la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud, con la finalidad de realizar detección y tratamiento oportuno mediante los signos y síntomas de la enfermedad, lo que impactará en la disminución de presencia de formas graves y defunciones.

- Fiebre por dengue = dengue no grave (DNG).
- Fiebre hemorrágica por dengue = dengue con signos de alarma (DCSA) y dengue grave (DG).

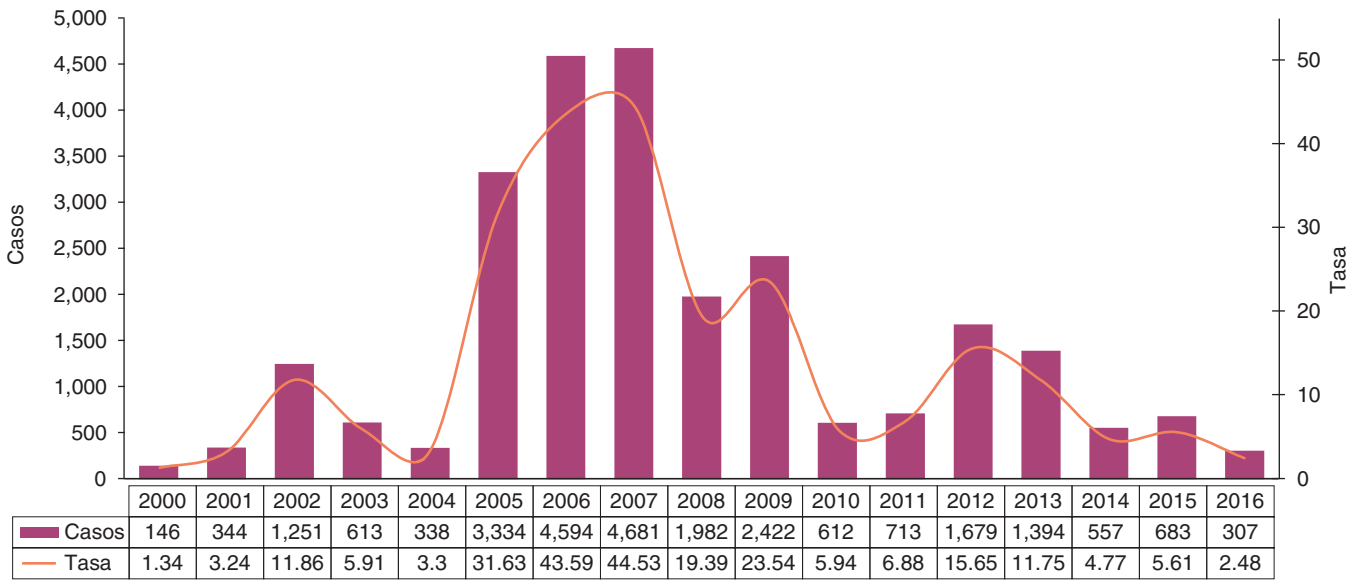
En 2016 IMSS-PROSPERA presentó una disminución de 55% en los casos confirmados de dengue no grave (tasa de incidencia de 5.61 a 2.48 por 100 mil habitantes) y de 72% en los de dengue con signos de alarma y dengue grave (tasa de incidencia de 1.55 a 0.42 por 100 mil habitantes) con relación al 2015, lo anterior debido a la presencia del virus Zika en el territorio nacional. La tasa de letalidad pasó de 0.54% en 2015 a 1.92% en 2016, y una defunción en Campeche (gráficas VIII.6 y VIII.7).

Gráfica VIII.5.
Incidencia de tuberculosis pulmonar, 2000-2016



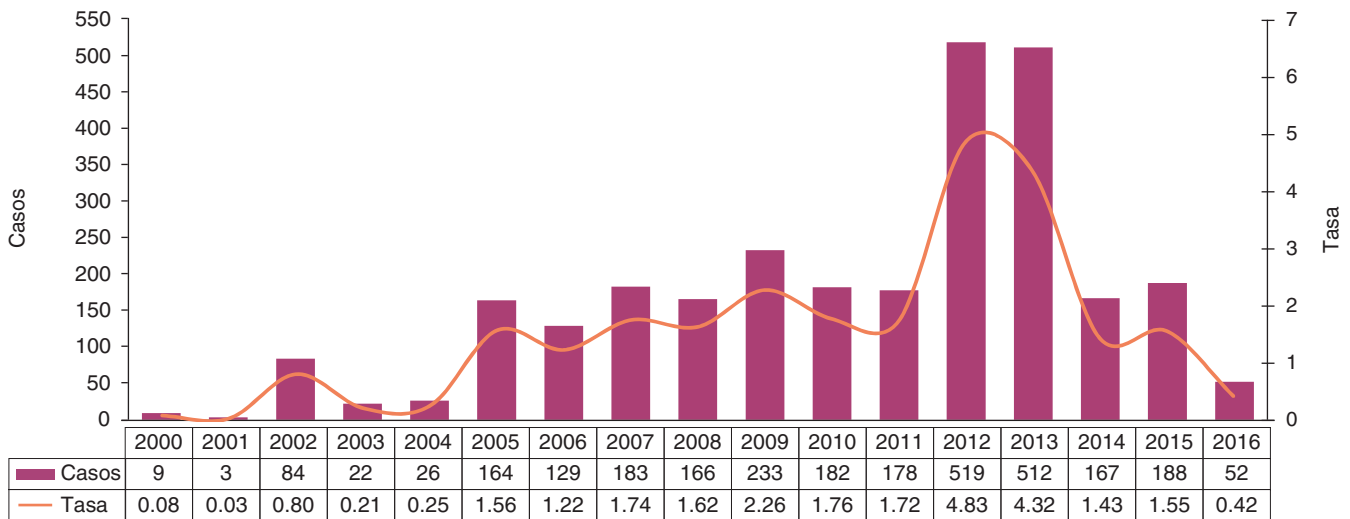
^{1/} Tasa por 100 mil habitantes.
Fuente: SUAVE 2000-2016 (preliminar).

Gráfica VIII.6.
Casos confirmados de fiebre por dengue, 2000-2016



Fuente: Plataforma SINAVE Dengue (preliminar al 31 de diciembre de 2016).

Gráfica VIII.7.
Casos confirmados de fiebre hemorrágica por dengue, 2000-2016



Fuente: Plataforma SINAVE Dengue (preliminar al 31 de diciembre de 2016).

Respecto al Chikungunya, el comportamiento de los casos probables notificados entre 2015 y 2016 disminuyó 91%, pasando de 3,073 a 270, y los confirmados por los Laboratorios Estatales de Salud Pública se redujeron 86% (de 88 a 12) con una tasa de incidencia que pasó de 0.72 a 0.09 por cada 100 mil habitantes (cuadro VIII.9).

A partir de octubre de 2015, cuando en México se identificó el primer caso autóctono de enfermedad por el virus Zika de un residente de Monterrey, Nuevo León, al 31 de diciembre del 2016, se reportaron 122,888 casos probables, de los cuales 7,557 se confirmaron. En IMSS-PROSPERA, a partir del 2016 se identificaron y notificaron 2,598 casos probables de esta enfermedad, de los cuales se confirmaron 284 (tasa de incidencia de 2.3 por 100 mil habitantes) de los positivos, 121 correspondieron a mujeres embarazadas (cuadro VIII.10).

En este rubro, la Red Comunitaria del Programa fomentó la generación de entornos favorables con la participación de alrededor de 2.4 millones de familias en la vigilancia y cuidado del agua para consumo humano, disposición sanitaria de excretas, disposición adecuada de basura y desechos, y control de fauna nociva y transmisora.

Cólera

IMSS-PROSPERA se ha sumado a las acciones del Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades (CENAPRECE), a través del Programa de Acción Específico de Cólera 2013-2018 que establece como indicador el “Porcentaje de casos de diarrea con hisopo rectal para búsqueda de *Vibrio cholerae*”. Durante 2016 se logró 1.9% del monitoreo del cólera en las diarreas, 0.1% por debajo del 2% esperado; situación en la que influyó el suministro

Cuadro VIII.9.
Delegaciones con casos sospechosos y confirmados de fiebre Chikungunya, 2015-2016

Delegaciones	2015		2016	
	Casos probables	Confirmados	Casos probables ^{1/}	Confirmados
Campeche	-	-	26	-
Coahuila	-	-	19	-
Chiapas	566	8	-	-
Guerrero	461	12	10	1
Hidalgo	1	1	6	-
Jalisco	-	-	1	-
Michoacán	138	22	24	1
Nayarit	-	-	15	3
Oaxaca	853	2	54	-
Puebla	6	1	5	-
San Luis Potosí	-	-	11	3
Tamaulipas	-	-	1	-
Veracruz Norte	209	1	41	-
Veracruz Sur	154	2	13	3
Yucatán	611	39	44	1
Otras delegaciones	74	-	-	-
Total	3,073	88	270	12

^{1/} Cifra Preliminar.

Fuente: Plataforma de Vectores SINAVE 2016.

Cuadro VIII.10.
Delegaciones con casos sospechosos y confirmados de enfermedad por el virus Zika, 2016^{1/}

Delegaciones	Casos probables	Confirmados
Campeche	5	-
Chiapas	220	19
Coahuila	1	-
Guerrero	339	-
Hidalgo	337	14
México Poniente	1	0
Michoacán	20	1
Morelos	1	-
Nayarit	11	4
Oaxaca	222	23
Puebla	1	1
San Luis Potosí	82	3
Sinaloa	10	-
Tamaulipas	48	-
Veracruz Norte	379	77
Veracruz Sur	344	59
Yucatán	576	83
Zacatecas	1	-
Total	2,598	284

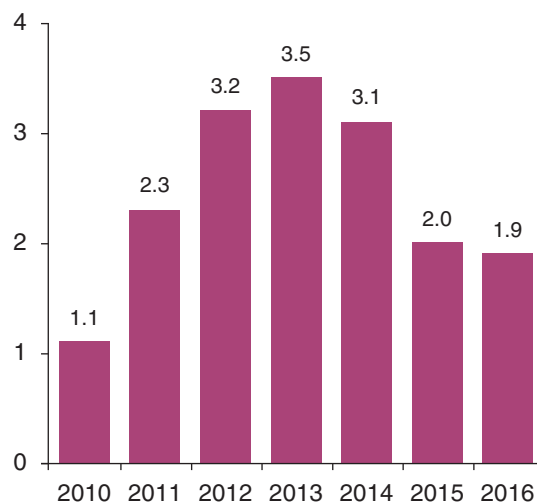
^{1/} Cifra preliminar.

Fuente: Casos probables, SUAVE. Confirmados, Plataforma de Vectores.

inadecuado de insumos para la toma de muestras por parte de las empresas proveedoras (gráfica VIII.8).

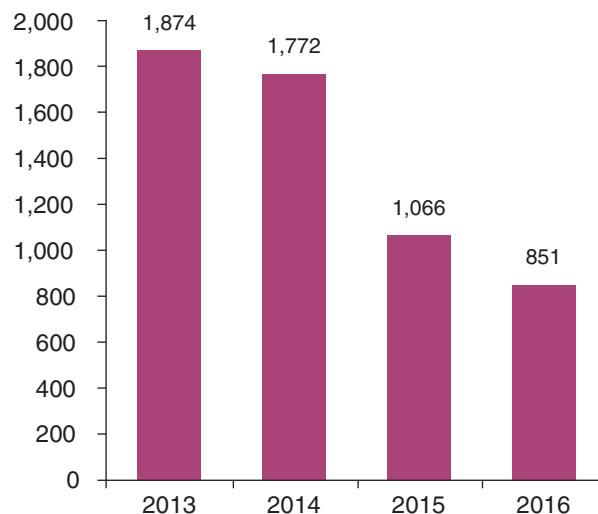
En 2016 se notificaron en la Plataforma Electrónica de Cólera del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE) 851 casos probables, ninguno confirmado a *Vibrio Cholerae* Toxigénico, 92% de los casos cumplieron con la definición operacional de cólera (regla de los 5) y no hubo defunciones. Se obtuvo 74.6% de oportunidad en la notificación de los casos probables registrados en la Plataforma de Cólera (dentro de las primeras 24 horas del conocimiento del caso). Los 80 Hospitales Rurales y su zona de servicios médicos participaron en la Red Negativa Diaria de este padecimiento (gráfica VIII.9).

Gráfica VIII.8.
Monitoreo de 2% de las diarreas para identificar la circulación del *Vibrio cholerae*, 2010-2016



Fuente: Sistema de Información en Salud para Población Adscrita (SISPA), Sistema Único Automatizado de Vigilancia Epidemiológica (SUAVE), 2010-2016.

Gráfica VIII.9.
Casos probables de cólera notificados por IMSS-PROSPERA en la Plataforma de cólera del SINAVE, 2013-2016



Fuente: Plataforma Electrónica de Cólera, Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE), 2013-2016.

Influenza

En la temporada invernal 2016-2017 la frecuencia de casos fue menor que en 2015-2016, similar a la ocurrencia mostrada a nivel sectorial; los casos positivos también fueron menores respecto a la temporada anterior y el virus de mayor circulación coincidió con la del sector: influenza tipo A(H1N1). Como parte de las acciones de prevención ante la influenza se actualizó el conocimiento de este padecimiento en un curso impartido a los Coordinadores de Vigilancia Epidemiológica y Medicina Preventiva del Programa y se garantizó el suministro de oseltamivir en todos los Hospitales Rurales, así como los insumos para la toma de muestra en los 14 hospitales que participan en la vigilancia centinela como Unidades de Salud Monitoras de Influenza (USMI) (cuadro VIII.11).

Talleres comunitarios

Los talleres comunitarios son una estrategia de educación para la salud de IMSS-PROSPERA que dan orientación a la población beneficiaria en 39 temas. Durante 2016 fueron capacitadas 4,017 personas voluntarias, quienes fungen como replicadores con las familias de sus comunidades. Los participantes con réplica de personas voluntarias fueron más de 8.6 millones (cuadro VIII.12).

VIII.4.1. Atención a la salud

Atención materna e infantil

En 2016, IMSS-PROSPERA dio continuidad a la prevención y reducción de la mortalidad materna como uno de sus procesos prioritarios, lo que permitió mantener la tendencia descendente pasando de 42 defunciones en 2015 a 37 en 2016 (cifra preliminar, sujeta a modificación, gráfica VIII.10).

Dichos resultados fueron posibles gracias a la instrumentación de 3 líneas de acción: i) prevención

Cuadro VIII.11.
Casos de influenza por temporada invernal, 2009-2017^{1/}

Temporada invernal	Casos sospechosos	Confirmados
2009-2010	2,539	391
2010-2011	152	58
2011-2012	559	87
2012-2013	355	30
2013-2014	748	113
2014-2015	451	34
2015-2016	611	76
2016-2017	491	16

^{1/} 10 de marzo.

Fuente: SINOLAVE 2009-2017.

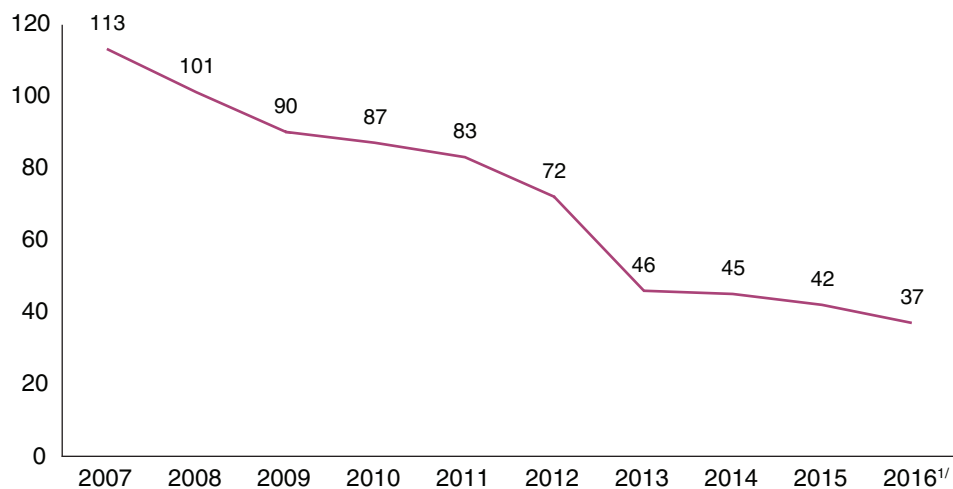
Cuadro VIII.12.
Personas capacitadas en talleres comunitarios

Año	Personas voluntarias capacitadas por personal institucional	Participantes con réplica de personas voluntarias en comunidad
2007	8,500	7,823,526
2008	8,590	7,568,427
2009	8,462	9,357,660
2010	8,351	9,429,334
2011	8,617	9,960,103
2012	9,705	9,289,949
2013	9,323	9,110,907
2014	7,459	9,020,553
2015	6,750	8,505,246
2016	4,017	8,677,969

Fuente: Unidad del Programa IMSS-PROSPERA.

y reducción de los embarazos de alto riesgo; ii) prevención de complicaciones graves en el embarazo, parto y puerperio, y iii) manejo efectivo y oportuno de las principales urgencias obstétricas. En el esfuerzo por disminuir los embarazos de alto riesgo, en este periodo 272,095 personas aceptaron un método anticonceptivo; de éstas, 82,790 mujeres lo adoptaron posterior a un parto o cesárea, lo que significó una cobertura posparto de 80.4%. Las acciones de planificación familiar y anticoncepción —en las que la Red Comunitaria también suma su apoyo, como se detalla en el cuadro VIII.13—, además de contribuir a reducir la mortalidad materna en 2016, mejoraron

Gráfica VIII.10.
Mortalidad materna en IMSS-PROSPERA, 2007-2016^{1/}



^{1/} Cifra preliminar.

Fuente: Unidad del Programa IMSS-PROSPERA.

Cuadro VIII.13.
Acciones de la Red Comunitaria en apoyo a la planificación familiar

	Acción	Figura de la Red Comunitaria
Otrogamiento de:	214,908 Consejerías de Planificación Familiar	Parteras Voluntarias Rurales
	717,383 Asesoría a personas, hombres y mujeres, sobre planificación familiar	Voluntarios de Salud y Agentes Comunitarios de Salud
Seguimiento a:	42,638 Aceptantes de métodos anticonceptivos orales	Parteras Voluntarias Rurales
	7,057 Mujeres a unidad médica para adoptar un método anticonceptivo definitivo	Parteras Voluntarias Rurales
Derivación de:	384,889 Personas a la unidad médica para la adopción de algún método anticonceptivo, temporal o permanente	Voluntarios de Salud y Agentes Comunitarios de Salud
	197,842 Adolescentes con vida sexual activa para la adopción de un método anticonceptivo u otra necesidad	
Incorporación de:	565,323 Personas usuarias activas de métodos anticonceptivos atendidas para su continuidad	Voluntarios de Salud

Fuente: Unidad del Programa IMSS-PROSPERA.

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, durante 2016 se otorgaron 1'373,253 consultas prenatales a 187,279 embarazadas, con un promedio de 7.3 consultas prenatales por embarazada, destacando además que 59.2% de estas embarazadas (110,828) inició la vigilancia prenatal durante el primer trimestre de la gestación, lo que favorece la identificación temprana de riesgos.

En continuidad a la alianza con el Instituto Carlos Slim de la Salud para la operación del modelo Atención Materna, Neonatal, Crecimiento y Estimulación Temprana (AMANECE), se implementó el *software* SIVA AMANECE en las 54 Unidades Médicas Rurales de la red "Jun Kuxlejaltik", de la zona de servicios médicos de San Felipe Ecatepec, Chiapas. En tanto que en la zona de servicios médicos de Oxxkutzcab,

Yucatán, (un Hospital Rural y 15 Unidades Médicas Rurales) se implementó la red "Muuch u tial kuxtal" con 62 alumnos graduados en el diplomado en Salud Materna y Perinatal.

En 2016 el Programa IMSS-PROSPERA atendió 108,214 partos, de los cuales 103,003 (95.2%) fueron atendidos en forma institucional y 5,211 (4.8%) por parteras y parteros en interrelación (cuadro VIII.14). En el mismo periodo se realizaron 28,874 cesáreas, 28.5% con relación al total de partos.

En la vertiente de atención efectiva y oportuna de las emergencias obstétricas, 1,210 pacientes fueron referidas a hospitales de segundo y tercer niveles del Régimen Obligatorio para su atención especializada, a través del Acuerdo 126 (cuadro VIII.15).

Para fortalecer la calidad de la atención del recién nacido, durante 2016 se tamizaron 137,821 recién nacidos para hipotiroidismo congénito y se obtuvo una cobertura de 79.2% y de 81.3% para el tamiz neonatal

Cuadro VIII.14.
Acciones de la Red Comunitaria en apoyo a la salud materna, de la mujer y del niño

	Acción	Figura de la Red Comunitaria
Identificación de:	127,721 Embarazadas	Parteras Voluntarias Rurales
	218,526	Voluntarios de Salud y Agentes Comunitarios de Salud
Derivación de:	125,429 Embarazadas a unidades médicas	Parteras Voluntarias Rurales
	180,196 Embarazadas para control prenatal	Voluntarios de Salud y Agentes Comunitarios de Salud
	9,521 Embarazadas para atención del parto	Voluntarios de Salud y Agentes Comunitarios de Salud
Seguimiento a:	433,315 Embarazadas contrarreferidas por los equipos de salud	Voluntarios de Salud y Agentes Comunitarios de Salud
Atención de:	5,211 Partos (4.8% de los atendidos en el Programa)	Parteras Voluntarias Rurales
	570 Partos en conjunto con el equipo de salud	
Identificación de:	107,824 Mujeres en puerperio	Voluntarios de Salud y Agentes Comunitarios de Salud
	106,175 Mujeres en puerperio a unidades médicas	Voluntarios de Salud y Agentes Comunitarios de Salud
Derivación de:	19,747 Recién nacidos a unidad médica para el tamiz neonatal	Parteras Voluntarias Rurales
	36,461	Voluntarios de Salud y Agentes Comunitarios de Salud
	41,626	Parteras Voluntarias Rurales
	464,937 Mujeres a exploración ginecológica	Voluntarios de Salud y Agentes Comunitarios de Salud

Fuente: Unidad del Programa IMSS-PROSPERA.

Cuadro VIII.15.
Número de pacientes referidas por Acuerdo 126, 2006^{1/}-2016

2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Total
797	1,842	1,705	2,011	2,261	2,002	2,022	1,761	1,363	1,226	1,210	18,200

^{1/} Información abril-diciembre.

Fuente: Reportes delegacionales.

ampliado, que incluye fenilcetonuria, hiperplasia suprarrenal congénita, deficiencia de biotinidasa y galactosemia clásica. El diferimiento en la adquisición de los insumos del tamiz impactó en la cobertura esperada.

Prevención y atención del cáncer cérvico-uterino

En México, el cáncer cérvico-uterino (CaCu) persiste como un problema de salud pública que afecta en mayor medida a las mujeres que viven en condiciones de marginación y pobreza, motivo por el cual el Programa continúa el desarrollo de acciones encaminadas a ampliar y fortalecer la detección, el diagnóstico y el tratamiento oportunos, con énfasis en las lesiones premalignas.

En 2016 se realizaron 2'221,868 exploraciones ginecológicas, 542,203 visualizaciones cervicales con ácido acético a mujeres de 15 a 24 años de edad y 569,623 citologías cervicales a mujeres de 25 a 64 años. Mediante estas últimas fue posible identificar a 7,172 mujeres que presentaban algún tipo de lesión premaligna del cérvix o infección por el virus del papiloma humano, así como a 102 mujeres con

CaCu *in situ*, quienes fueron referidas a los módulos de salud ginecológica de Hospitales Rurales para su confirmación diagnóstica y tratamiento. En dichos módulos se diagnosticó a 147 mujeres con cáncer *in situ* o invasor, quienes fueron referidas a centros oncológicos de los Servicios Estatales de Salud para su atención especializada.

Adicionalmente, durante la segunda y tercera Semanas Nacionales de Salud, se aplicó la vacuna contra el virus del papiloma humano a niñas inscritas en el 5º año de primaria o de 11 años si no acuden a la escuela; las metas se han cumplido en más de 95%, a lo que se agrega que la continuidad del esquema conformado por 2 dosis fue de 98.6% (cuadro VIII.16).

Salud de la población adolescente

Desde 1998, el Programa IMSS-PROSPERA realiza esfuerzos para atender la salud de la población adolescente del medio rural e indígena, de manera integral y con un enfoque preventivo. Para ello, continúan en operación 3,692 Centros de Atención Rural al Adolescente (CARA), espacios destinados a atender las demandas y orientación en salud que plantea este sector.

Cuadro VIII.16.
Logros de la vacunación contra el virus del papiloma humano durante las Semanas Nacionales de Salud (SENAS), 2015-2016

Semana Nacional de Salud (SNS)	Meta	Logro	Porcentaje	Continuidad de esquema (1ª/2ª dosis)
Tercera SNS 2015 (1ª dosis)	138,201	135,254	97.9	98.60%
Segunda SNS 2016 (2ª dosis)	144,075	138,809	96.3	
Tercera SNS 2016 (1ª dosis)	144,105	138,756	96.3	

Nota: Para el ejercicio 2016 se incrementa la meta, debido a que se incorporan 10 Delegaciones.

Fuente: Reporte SeNaS, IMSS-PROSPERA.

A partir de 2014, alineado a las políticas nacionales y sectoriales, el Programa emprendió la Campaña de Salud Sexual y Planificación Familiar en Adolescentes. En el marco de la Estrategia Nacional de Prevención del Embarazo en Adolescentes (ENAPEA), IMSS-PROSPERA efectuó la reingeniería denominada “La Nueva Cara del CARA”, con el fin de fortalecer y focalizar las acciones educativas y de promoción de estos centros a la prevención del embarazo no planeado entre los jóvenes.

En 2016 se logró disminuir en 2 puntos porcentuales la proporción de adolescentes embarazadas respecto al total de embarazadas de todas las edades, al pasar de 29.8% en 2012 a 27.8%. Precedente de esta cifra, en el ámbito del Programa, 57,714 adolescentes aceptaron un método de planificación familiar (21.4% respecto al total de aceptantes de todas las edades); de éstas, 19,064 lo hicieron en el postparto y 1,205 en el postaborto.

En cuanto al fortalecimiento de los CARA, en 2016 se incrementó el número de adolescentes capacitados con el tema de prevención del embarazo no planeado de 150,846 en el 2015 a 434,003; acción posible por la integración de 25,868 grupos educativos de adolescentes en estos centros y la capacitación a 8,292 profesionales de la salud en la prevención del embarazo no planeado en adolescentes.

Una línea de acción adicional del Programa fue el trabajo extramuros que se tradujo en la capacitación en la prevención del embarazo no planeado a 436,470 adolescentes en escuelas (cuadro VIII.17), la realización de 2 encuentros de adolescentes para la prevención del embarazo no planeado con la asistencia de 1,853 jóvenes a quienes se les impartieron temas como anticoncepción, autoestima y masculinidades, y la derivación de 141,122 adolescentes a centros de atención; 261,608 derivados para recibir diferentes vacunas, y la atención a 105,962 en módulos ambulantes por parte de integrantes de la Red Comunitaria.

Cuadro VIII.17.
Capacitación a adolescentes en centros escolares, 2016

Nivel educativo	Adolescentes que recibieron capacitación	
	2015	2016
Primaria	81,021	114,746
Secundaria o telesecundaria	89,903	182,510
Preparatoria o escuela técnica	54,905	139,214
Total	225,829	436,470

Fuente: Sistema de Información en Salud para Población Adscrita (SISPA).

Como parte del convenio signado entre el IMSS, el Centro Nacional para la Prevención y Control de las Adicciones (CENADIC) y el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), IMSS-PROSPERA fortaleció la prevención y detección de las adicciones en adolescentes a través de la formación de 23,885 grupos educativos en los CARA, en los que se capacitó a 403,913 jóvenes.

Por sexto año consecutivo, IMSS-PROSPERA participó activamente en la Semana Nacional de Salud de la Adolescencia (SNSA) efectuada en septiembre del 2016, donde incrementó la impartición de talleres de 810 en 2015 a 1,014 en 2016, y el número de adolescentes capacitados de 15,317 a 23,694.

Detección oportuna de diabetes mellitus e hipertensión arterial sistémica

Desde 2010, IMSS-PROSPERA reordenó las acciones de detección de la diabetes mellitus mediante un esquema orientado a población con factores de riesgo, complementándolo con un seguimiento estricto de los pacientes identificados con resultado anormal hasta confirmar o descartar el diagnóstico; este esquema se replicó para la detección de hipertensión arterial.

En 2016, personas voluntarias y Agentes Comunitarios de Salud realizaron 362,128 identificaciones de personas sospechosas de diabetes y 354,623 derivaciones a las unidades médicas para su diagnóstico y atención. Como actividad

complementaria, llevaron a cabo 95,762 talleres comunitarios sobre el Determinante Alimentación, que incluye los temas de síndrome metabólico, sobrepeso y obesidad, diabetes, hipertensión y displidemias; a estos asistieron 1'514,195 personas. De igual forma realizaron 39,308 talleres de actividad física en los que se contó con 708,122 participantes.

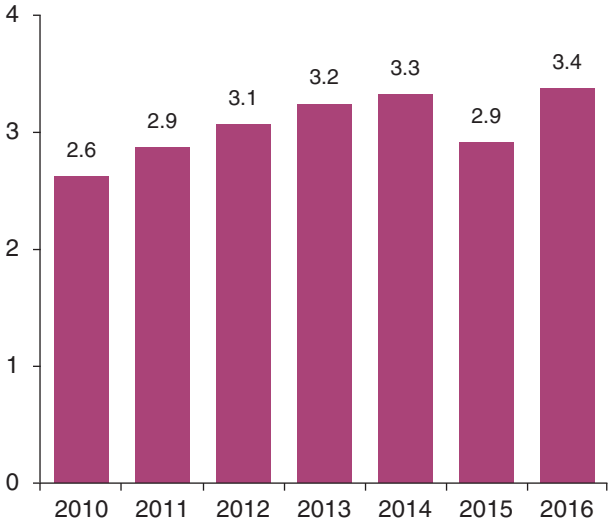
Con el objetivo de lograr un diagnóstico en etapas tempranas de la enfermedad, en 2016, se efectuaron 3'371,801 detecciones de diabetes mellitus y 3'892,525 de hipertensión arterial, con lo que se logró diagnosticar a 11,864 y 11,699 nuevos pacientes, respectivamente (gráficas VIII.11 y VIII.12). Esto favorece la instauración de medidas terapéuticas en una etapa temprana y disminuye el riesgo de complicaciones graves o la muerte. Al final de 2016, IMSS-PROSPERA mantiene en control periódico a 223,643 personas en tratamiento por diabetes mellitus y a 241,055 por hipertensión arterial (gráfica VIII.13). Además, se identificó a 5,899 individuos con prediabetes, que tienen la oportunidad de recibir una intervención orientada a retrasar el desarrollo de la enfermedad.

Respecto a la detección de diabetes mellitus en adolescentes con obesidad, se realizaron 48,610 detecciones con notificación de 37 casos nuevos del Tipo 1 (CIE10 E10) y 29 casos nuevos de diabetes mellitus no insulino dependiente Tipo 2 (CIE10 E11-E14) en este grupo de edad, los cuales se encuentran en tratamiento.

Salud y nutrición del adulto mayor

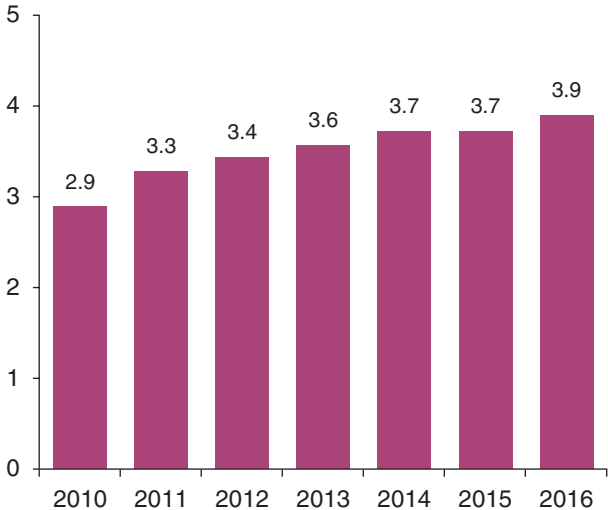
Con el proyecto Nutrición de la población adulta mayor desplegado por IMSS-PROSPERA, en 2016 se efectuó el diagnóstico de salud y derivación a unidades médicas, en caso necesario, de 1,579 adultos mayores; asimismo, se incorporaron 266 adolescentes y jóvenes que integran la Red de Atención del Adulto Mayor (REDCAM) para mejorar la alimentación y actividades físicas y recreativas de este grupo etario. En el lapso 2014-2016 sumaron 8,597 los adultos mayores incorporados a este proyecto y 1,511 los jóvenes que integran la Red de Atención al Adulto Mayor para darles cuidado y acompañamiento.

Gráfica VIII.11.
Detecciones de diabetes mellitus, 2010-2016
(millones)



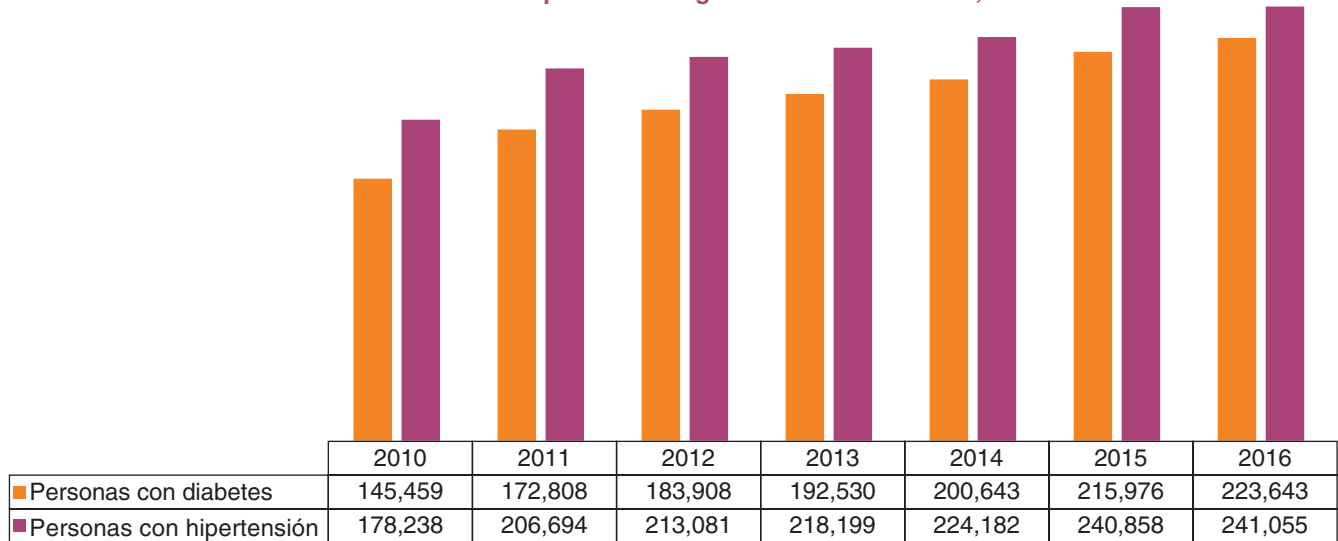
Fuente: SISPA, 2010-2016.

Gráfica VIII.12.
Detecciones de hipertensión arterial, 2010-2016
(millones)



Fuente: SISPA, 2010-2016.

Gráfica VIII.13.
Pacientes con diabetes e hipertensión registrados en tratamiento, 2010-2016



Fuente: SISPA, 2010-2016.

Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud

Durante 2016 se mantuvo la vigilancia epidemiológica de las Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud (IAAS), antes conocidas como Infecciones Nosocomiales. Como resultado del monitoreo permanente de su ocurrencia en los 80 Hospitales Rurales del Programa, se mantuvo la tasa dentro del rango esperado de 0.5 a 5 casos por cada 100 egresos, lo que permitió contribuir al cumplimiento de las metas internacionales de seguridad del paciente, específicamente la meta 5, cuyo objetivo es reducir el riesgo de infecciones nosocomiales (gráfica VIII.14).

Las tasas por servicio fueron: Cuidados Especiales del Neonato 1.24, Ginecología 1.00, Cirugía 0.85, Medicina Interna 0.82, Pediatría 0.54, y Obstetricia 0.33 casos por cada 100 egresos. El lugar donde predominaron las IAAS fueron las heridas quirúrgicas (33.65%), seguido de flebitis (19.59%), y piel y tejidos blandos (12.30%), porcentajes coincidentes con otras instituciones y el sector donde la mayor frecuencia se presenta en heridas quirúrgicas.

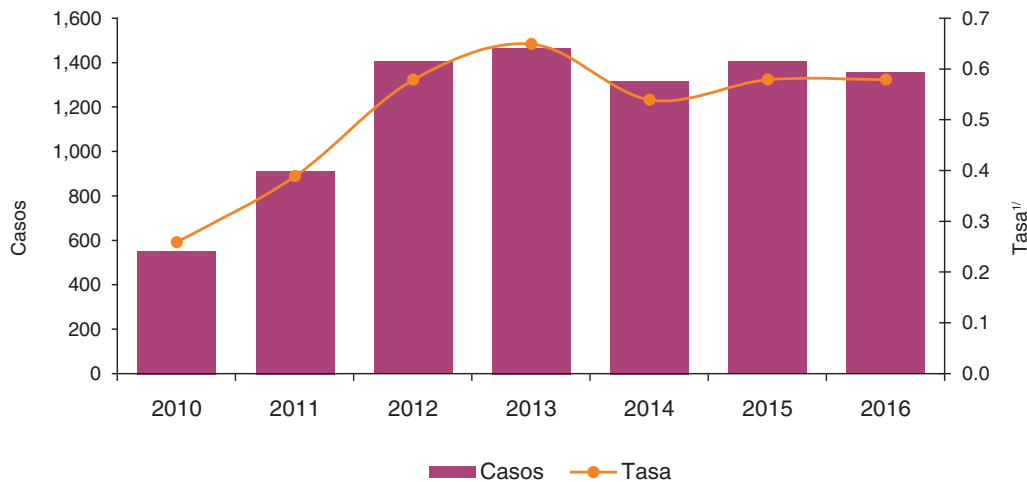
Desarrollo Infantil Temprano

En 2016 dio inicio en el Programa la estrategia Desarrollo Infantil Temprano con la aplicación de la prueba de Evaluación del Desarrollo Infantil a 28,106 niños menores de 5 años. Se proporcionó estimulación temprana a 39,697 menores en Unidades Médicas Rurales y a 15,335 en Hospitales Rurales. Asimismo, se brindó asesoría en desarrollo infantil temprano a 48,165 padres de familia y cuidadores de los menores de 5 años.

Encuentros Médico-Quirúrgicos

Con casi 21 años de vigencia, los Encuentros Médico-Quirúrgicos (EMQ) surgieron ante la necesidad de ampliar los servicios médicos que habitualmente se otorgan en los Hospitales Rurales del Programa, acercando los servicios de alta especialidad del IMSS a la población que vive en condiciones de marginación y pobreza. En muchos casos, estos Encuentros son el único medio para que las personas que habitan en las áreas más alejadas del país puedan ser valoradas y atendidas en especialidades que, de otra manera,

Gráfica VIII.14.
Casos y tasas de infecciones asociadas a la atención de la salud, 2010-2016



^{1/}Tasa: Por 100 egresos.
 Fuente: SISPA, 2010-2016.

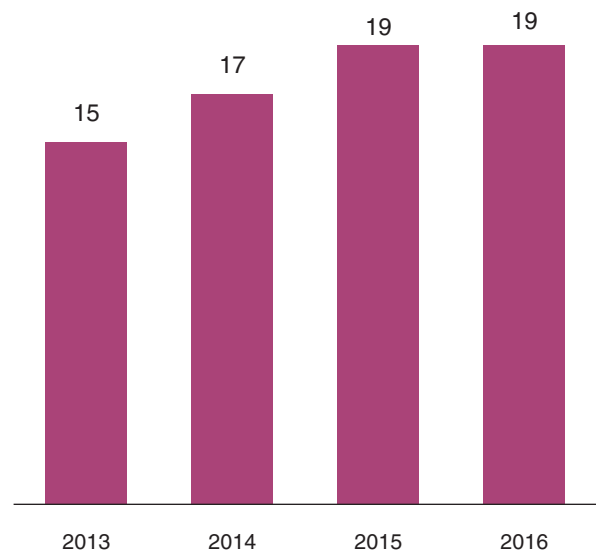
sólo podrían atenderse en ciudades con hospitales de alta concentración y para población abierta, con un significativo impacto en su economía.

En los Encuentros Médico-Quirúrgicos se han incorporado las especialidades de Oftalmología, Ginecología Oncológica, Cirugía Reconstructiva, Urología, y Cirugía Pediátrica. Durante 2016, en coordinación con la Dirección de Prestaciones Médicas del IMSS, se realizaron 19 Encuentros (gráficas VIII.15 y VIII.16), donde se valoró a 11,757 personas y se efectuaron 4,281 procedimientos quirúrgicos.

Atención a la salud de los migrantes

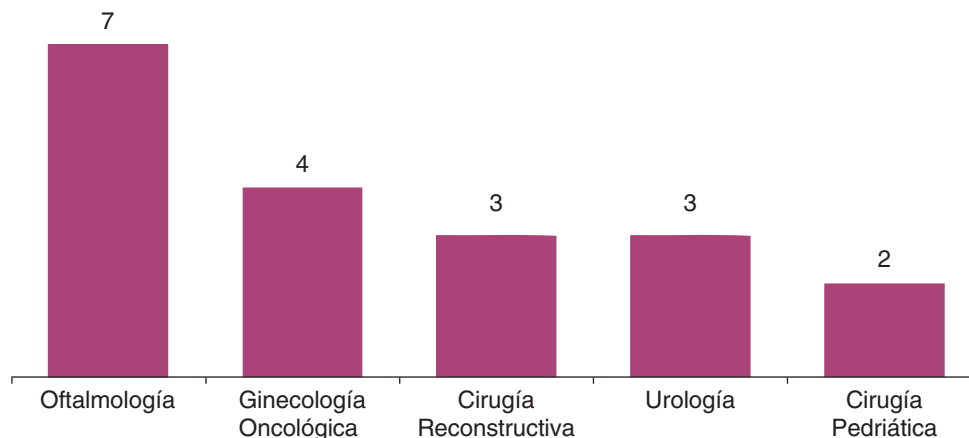
El Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 establece el impulso de acciones para reducir las condiciones de pobreza, violencia y desigualdad, y garantizar los derechos humanos de, entre otras, las personas

Gráfica VIII.15.
Encuentros Médico-Quirúrgicos efectuados, 2013-2016



Fuente: Unidad del Programa IMSS-PROSPERA.

Gráfica VIII.16.
Encuentros Médico-Quirúrgicos efectuados en 2016



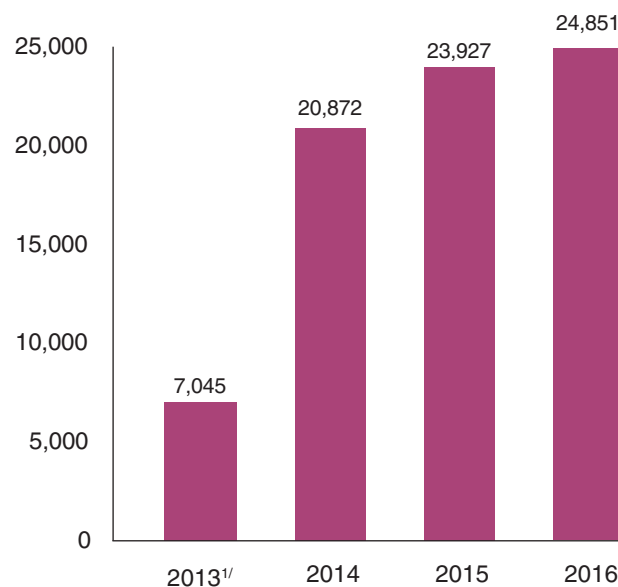
Fuente: Unidad del Programa IMSS-PROSPERA.

migrantes. En junio de 2013, por acuerdo con la Secretaría de Relaciones Exteriores, el Programa IMSS-PROSPERA inició el otorgamiento de servicios de salud en apoyo a este sector vulnerable. Durante 2016 se dio continuidad al otorgamiento de atención en nueve puntos ubicados en Chiapas (5), Oaxaca (1), Tamaulipas (2) y Baja California (1), y se registró un incremento de consultas respecto al año anterior, al pasar de 23,927 a 24,851 (3.7% más), a migrantes procedentes principalmente de El Salvador y Honduras (gráfica VIII.17).

Componente Salud PROSPERA Programa de Inclusión Social y suplemento alimenticio

El Programa colabora con la Coordinación Nacional de PROSPERA Programa de Inclusión Social y la Comisión Nacional de Protección Social en Salud para otorgar las intervenciones del Componente Salud. Durante 2016 se dio cobertura a 6'594,393 personas beneficiarias (cerca de 1.6 millones de familias en control), y se otorgaron 11'045,704 consultas (cuadro VIII.18).

Gráfica VIII.17.
Consultas otorgadas por año a migrantes, 2013-2016



^{1/} Junio-diciembre 2013.

Fuente: Unidad del Programa IMSS-PROSPERA.

Cuadro VIII.18.
Componente Salud PROSPERA Programa de Inclusión Social

Ámbito	Familias en control	Consultas médicas				Entrega de Suplemento alimenticio	
		Total	Menores de 5 años	Embarazadas	Mujeres en lactancia	Mujeres embarazadas y en lactancia	Menores de 6 a 59 meses
Rural	1,310,303	9,330,754	1,301,788	450,329	287,740	65,446	304,649
Urbano	270,496	1,714,950	256,723	53,627	51,143	8,273	44,344

Fuente: SISPA Integral Acumulado enero-diciembre 2016.

Para 2016 se continuó el fortalecimiento a la atención del Componente Salud de PROSPERA, con la migración de las 13 Acciones del Paquete Básico Garantizado de Salud a las 27 Intervenciones de Salud Pública del Catálogo Universal de Servicios de Salud; esto con objeto de brindar un mayor número de acciones a la población, con un avance de 83.3% resultado de la incorporación de las intervenciones: Evaluación de Desarrollo Infantil, Prevención y Atención de la Violencia Familiar y de Género, y Detección Precoz de los Trastornos de la Conducta Alimentaria.

A continuación se presentan los principales resultados de la atención proporcionada, así como los avances de los 12 Nuevos Indicadores de Seguimiento Operativo (N-ISO) correspondientes al sexto bimestre de 2016 (noviembre-diciembre), desglosados por ámbitos rural y urbano.

Ámbito rural

En el ámbito rural se registraron 1'310,303 familias en control (cuadro VIII.19), en 19 entidades federativas, a quienes se otorgaron 9'330,754 consultas médicas, de las cuales 1'301,788 estuvieron dirigidas a menores de 5 años, 450,329 a embarazadas y 287,740 a mujeres en periodo de lactancia. Adicionalmente, recibieron suplemento alimenticio 65,446 mujeres embarazadas y en periodo de lactancia, así como 304,649 menores de 6 a 59 meses de edad.

Ámbito urbano

En el ámbito urbano, los resultados obtenidos muestran un comportamiento dentro de los valores esperados en los 12 indicadores N-ISO comprometidos en las Reglas de Operación de PROSPERA Programa de Inclusión Social (cuadro VIII.20). En 2016 se registraron 270,496 familias en control, en 28 entidades federativas. Esta población recibió 1'714,950 consultas médicas, de las cuales 256,723 estuvieron dirigidas a menores de 5 años, 53,627 a embarazadas y 51,143 a mujeres en periodo de lactancia. En ese mismo año, recibieron suplemento alimenticio 8,273 mujeres embarazadas y en periodo de lactancia y 44,344 menores de 6 a 59 meses de edad.

Estudios de satisfacción

Por tercer año consecutivo, el Programa IMSS-PROSPERA dio continuidad a las encuestas de satisfacción en el servicio de Urgencias de sus hospitales y de surtimiento de medicamentos en sus Unidades Médicas Rurales. En 2016 estos estudios tuvieron una representatividad nacional y delegacional a diferencia de 2015 que solo fue nacional. Además, se mantuvo la participación de los Avales Ciudadanos de las unidades médicas en la aplicación del cuestionario de surtimiento y del personal de Trabajo Social en el caso de los hospitales, y se efectuó una prueba piloto de la encuesta de satisfacción en el servicio de Consulta Externa.

Cuadro VIII.19.
Indicadores de Salud y de Nutrición (ámbito rural), 2016

Cobertura de atención en salud a familias beneficiarias (Ind. 01)	99.37
Total de Familias Beneficiarias en Control	1,310,303
Total de Familias Beneficiarias Registradas	1,318,605
Cobertura de atención prenatal a mujeres (Ind. 02)	99.91
Mujeres Embarazadas Beneficiarias en Control	24,543
Mujeres Embarazadas Beneficiarias Registradas	24,565
Cobertura de mujeres embarazadas y en lactancia con suplemento (Ind. 05)	98.01
Total de Mujeres Embarazadas y en Lactancia que Recibieron Suplemento	65,303
Total de Mujeres Embarazadas y en Lactancia beneficiarias en control	66,627
Cobertura de atención nutricional de niños (Ind. 07)	99.19
Total de Niños Beneficiarios menores a 5 años Registrados en Control	333,445
Total de Niños Beneficiarios menores a 5 años Registrados	336,180
Cobertura de niños con suplemento alimenticio (Ind. 08)	98.16
Total de Niños Beneficiarios (de 6 a 59 meses) que recibieron suplemento alimenticio	304,172
Total de Niños Beneficiarios (de 6 a 59 meses) en control nutricional	309,859

Fuente: Comisión Nacional de Protección Social en Salud, 2016.

Cuadro VIII.20.
Indicadores de Salud y de Nutrición (ámbito urbano), 2016

Cobertura de atención en salud a familias beneficiarias (Ind. 01)	98.16
Total de Familias Beneficiarias en Control	270,496
Total de Familias Beneficiarias Registradas	275,579
Cobertura de atención prenatal a mujeres (Ind. 02)	97.65
Mujeres Embarazadas Beneficiarias en Control	2,864
Mujeres Embarazadas Beneficiarias Registradas	2,933
Cobertura de mujeres embarazadas y en lactancia con suplemento (Ind. 05)	98.36
Total de Mujeres Embarazadas y en Lactancia que Recibieron Suplemento	8,149
Total de Mujeres Embarazadas y en Lactancia beneficiarias en control	8,285
Cobertura de atención nutricional de niños (Ind. 07)	95.86
Total de Niños Beneficiarios menores a 5 años Registrados en Control	47,697
Total de Niños Beneficiarios menores a 5 años Registrados	49,757
Cobertura de niños con suplemento alimenticio (Ind. 08)	94.54
Total de Niños Beneficiarios (de 6 a 59 meses) que recibieron suplemento alimenticio	43,086
Total de Niños Beneficiarios (de 6 a 59 meses) en control nutricional	45,573

Fuente: Comisión Nacional de Protección Social en Salud, 2016.

De los resultados destaca que 72% de las urgencias calificadas fue atendida en los hospitales en menos de 15 minutos y 93 de cada 100 personas usuarias están “muy satisfechas” o “satisfechas” con la atención médica recibida; los factores que generaron mayor confianza y satisfacción fueron el confort y la seguridad (47%), la comunicación e información (20.6%) y el trato digno y la privacidad (17.6). Respecto al surtimiento de medicamentos, 90 de cada 100 recetas fue surtida en su totalidad.



Con el fin de garantizar la cobertura oportuna de los gastos actuales y futuros asociados al pago de beneficios y a la prestación de los servicios derivados de los seguros que se establecen en el Artículo 11 de la Ley del Seguro Social, el IMSS ha constituido reservas financieras que son invertidas bajo las premisas de obtener un balance adecuado entre el rendimiento, riesgo y liquidez; adicionalmente, el Instituto administra los recursos del Fondo para el Cumplimiento de Obligaciones Laborales de Carácter Legal o Contractual (FCOLCLC o Fondo Laboral), para hacer frente a la jubilación de sus trabajadores¹⁰⁸.

Para comprender cómo se invierten dichos recursos, en la primera sección de este capítulo se describen tanto la estructura como el régimen de inversión de las reservas financieras y el Fondo Laboral del IMSS, conforme al marco normativo aplicable. En la segunda sección se detallan los logros alcanzados durante los últimos 12 meses, a partir de la implementación de las diferentes estrategias y mecanismos de inversión aprobados por la Comisión de Inversiones Financieras del Instituto.

IX.1. Antecedentes

IX.1.1. 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:

¹⁰⁸ Contempla a los trabajadores contratados hasta el 27 de junio de 2008.

- Reservas Operativas (RO).
- Reservas Financieras y Actuariales (RFA).
- Reserva de Operación para Contingencias y Financiamiento (ROCF).
- Reserva General Financiera y Actuarial (RGFA).

Por su parte, el Fondo Laboral está constituido por los recursos que el Instituto administra para cumplir sus obligaciones como patrón y hacer frente a la jubilación de sus trabajadores.

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, de acuerdo con los Artículos 280, 281, 283, 284, 285 y 286 K de la Ley del Seguro Social, se resume en la gráfica IX.1.

En la Ley del Seguro Social se establece que las metas de los montos que se dediquen cada año a

Gráfica IX.1.
Estructura de las Reservas y Fondo Laboral del IMSS



Fuente: Ley del Seguro Social.

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 aprueba 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.

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

Reserva/Fondo	Propósito
Reservas Operativas (RO)	Se constituyen por cuotas obrero-patronales, aportaciones federales, cuotas de seguros voluntarios y adicionales que deba otorgar el Instituto, y otros ingresos de los seguros. Se usan para pago de prestaciones, gastos administrativos y constitución de las RFA, la ROCF y la RGFA.
Reserva de Operación para Contingencias y Financiamiento (ROCF)	Constituida para procurar estabilidad en la operación del IMSS, planeación de mediano plazo, y cumplir las metas señaladas en el PEF ^{1/} . Se integra con ingresos ordinarios y extraordinarios del IMSS. En caso de haber excedentes al cierre del año, estos ingresan a la reserva y se pueden usar para programas prioritarios de inversión. Debe mantener un monto de hasta 60 días de los ingresos promedio del año anterior y puede financiar a las Reservas Operativas con aprobación del H. Consejo Técnico, cuyo reembolso debe realizarse en máximo 3 años y con intereses.
Reservas Financieras y Actuariales (RFA)	Constituidas para enfrentar posibles caídas en ingresos o aumentos en egresos por problemas económicos, mayor siniestralidad de los seguros a las estimadas en el Informe Financiero y Actuarial ^{2/} del IMSS, y financiar anticipadamente los pagos de prestaciones (profondeo). Se integra con aportaciones estimadas para la sustentabilidad financiera de largo plazo contenidas en el Informe Financiero y Actuarial del IMSS. Los recursos pueden utilizarse únicamente para el seguro para el cual fueron creadas, con aprobación del H. Consejo Técnico a propuesta del Director General, sin necesidad de reembolso.
Reserva General Financiera y Actuarial (RGFA)	Se constituye anualmente con una aportación estimada en el Informe Financiero y Actuarial del IMSS. Creada para enfrentar eventos catastróficos, caídas significativas en ingresos o aumento en egresos por problemas epidemiológicos o económicos severos y de larga duración.
Fondo Laboral (FCOLCLC)	Fondo administrado por el IMSS para cubrir los costos del Régimen de Jubilaciones y Pensiones. El fondo se registra en dos cuentas: 1) Cuenta de Otras Obligaciones Laborales. 2) Cuenta Especial para el Régimen de Jubilaciones y Pensiones, la cual a su vez se integra por dos subcuentas: a) Subcuenta 1: 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 2014. Se usará para jubilados y pensionados que ostenten esta condición hasta antes de la firma del Convenio ^{3/} , incluyendo a los candidatos registrados en las bolsas de trabajo que hayan trabajado antes de esa fecha. b) Subcuenta 2: se constituye con las aportaciones (7% del salario) de los trabajadores contratados hasta el 15 de octubre de 2005, y con las aportaciones (10% del salario) de los trabajadores que ingresaron entre el 16 de octubre de 2005 y el 27 de junio de 2008. La Subcuenta 2 se utiliza para las pensiones de los trabajadores que ingresaron al IMSS entre estas últimas dos fechas.

^{1/} Presupuesto de Egresos de la Federación.

^{2/} De acuerdo con el Artículo 261 de 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.

^{3/} 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.

IX.1.2. Régimen de inversión

Los ordenamientos generales para la inversión de las reservas y el Fondo Laboral se establecen en la Ley del Seguro Social, la cual señala en el Artículo 286 que será mediante el Reglamento¹⁰⁹ que se definan las características y límites generales para la inversión de las reservas. A partir de estos dos documentos normativos se desprenden los Lineamientos, Políticas y Directrices para la inversión¹¹⁰ de cada portafolio institucional, que fueron emitidos por el H. Consejo Técnico el 30 de octubre y 11 de diciembre de 2013, y que delimitan de forma específica las disposiciones aplicables en la inversión de los recursos, así como los diferentes límites de inversión y de riesgos.

Los Lineamientos, Políticas y Directrices fueron actualizados por el H. Consejo Técnico, por segunda ocasión, el 26 de octubre de 2016. Los principales cambios fueron:

- i) La delimitación de inversión en Sociedades Financieras de Objeto Múltiple (SOFOMES) derivado de una recomendación de la Auditoría Superior de la Federación.
- ii) La flexibilización de la inversión en las Reservas Operativas y la Reserva de Operación para Contingencias y Financiamiento, a través de incrementos en los límites de deuda bancaria nacional.
- iii) El fortalecimiento de la administración de riesgos de inversión en deuda corporativa, con la incorporación de pruebas de estrés de calificaciones crediticias.

¹⁰⁹ 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. Publicado en el Diario Oficial de la Federación el 20 de agosto de 2013.

¹¹⁰ 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.

En el cuadro IX.2 se especifican los límites por régimen de inversión al cual están sujetas las reservas y la Subcuenta 2 del Fondo Laboral¹¹¹.

IX.2. Inversión de las Reservas y Fondo Laboral

IX.2.1. Evolución de las Reservas y Fondo Laboral

El saldo de las reservas y Fondo Laboral se afecta por las aportaciones, uso de recursos y la generación de productos financieros. La gráfica IX.2 muestra la evolución del saldo contable, en el que destaca el saldo de las reservas y Fondo Laboral al cierre de 2016, el cual alcanzó el máximo histórico de 155,802 millones de pesos.

La Subcuenta 2 del Fondo Laboral, constituida para fondear el pago de las pensiones de trabajadores que ingresaron al IMSS entre el 16 de octubre de 2005 y hasta el 27 de junio de 2008, es un portafolio que crece de forma importante por las aportaciones quincenales de los trabajadores. La gráfica IX.3 presenta la evolución anual de su saldo contable desde su constitución en marzo de 2016.

El cuadro IX.3 resume las variaciones en los saldos de cada reserva y Fondo Laboral, entre las cuales destaca el incremento por 17,126 millones de pesos del cierre del ejercicio 2016 con respecto al año anterior, que se explica principalmente por:

¹¹¹ La Subcuenta 1 del Fondo Laboral no tiene un régimen de inversión específico; dados los usos de sus recursos realizados desde el 2009, es la Comisión de Inversiones Financieras quien aprueba los montos a invertir, los plazos, así como los tipos de instrumentos financieros en que se deberá invertir esta subcuenta.

Cuadro IX.2.
Límites por Régimen de inversión de las Reservas y Fondo Laboral^{1/}
 (porcentajes, años)

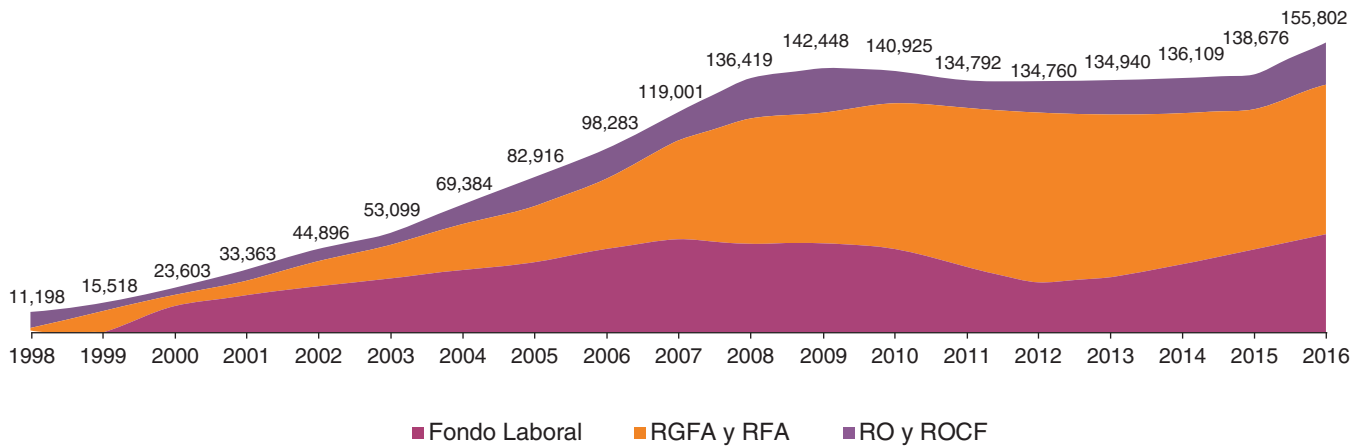
Clase de Activo	RO	ROCF	RGFA	RFA				Subcuenta 2
				SIV	SRT	GMP	SEM	
Deuda gubernamental	100	100	100	100	100	100	100	100
Deuda bancaria	100	100	100	100	100	100	100	100
Deuda corporativa	25	25	25	25	25	25	25	25
Valores extranjeros reconocidos en México			30	30	30	30	30	30
Acciones de empresas afines				100	100			
Mercado accionario				25	25			25
Moneda extranjera	100	100	30	30	30	30	30	30
Plazo máximo	1 año	1 año	1 año^{2/}					
Duración máxima				5 años	5 años	2 años	2 años	sin límite

^{1/} Régimen de inversión vigente a partir del 28 de enero de 2014, fecha de entrada en vigor de los Lineamientos, Políticas y Directrices para la inversión.

^{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.

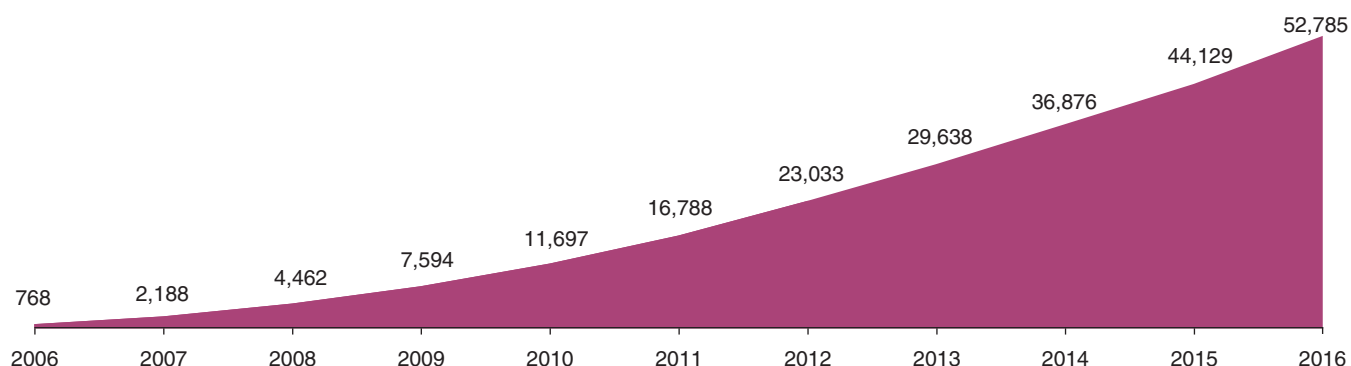
Fuente: Dirección de Finanzas, IMSS.

Gráfica IX.2.
Evolución del saldo de las Reservas y Fondo Laboral, 1998-2016
 (millones de pesos al cierre de cada año)



Fuente: Dirección de Finanzas, IMSS.

Gráfica IX.3.
Evolución del saldo de la Subcuenta 2 del Fondo Laboral, 2006-2016
(millones de pesos al cierre de cada año)



Fuente: Dirección de Finanzas, IMSS.

Cuadro IX.3.
Posición de las Reservas y del Fondo Laboral,
de 2013 a 2016

(millones de pesos corrientes)

Reserva/Fondo	2013	2014	2015	2016
RO	10,982	7,620	7,695	3,607
ROCF	7,275	10,656	11,011	18,992
RGFA	3,256	3,601	3,957	4,352
RFA ^{1/}	83,695	77,240	71,762	75,939
GMP	607	646	671	702
SRT	9,682	10,455	11,243	12,141
SIV	12,762	15,589	16,619	17,771
SEM	60,644	50,550	43,229	45,324
Fondo Laboral	29,732	36,992	44,251	52,913
Subcuenta 1	94	116	122	128
Subcuenta 2	29,638	36,876	44,129	52,785
Total	134,940	136,109	138,676	155,802

^{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.

Fuente: Dirección de Finanzas, IMSS.

- i) Los productos financieros cobrados por las inversiones por 7,713 millones de pesos, los cuales superaron los 5,800 millones de pesos correspondientes al ejercicio anterior en 33%.
- ii) Las aportaciones de los trabajadores a la Subcuenta 2 del Fondo Laboral por 4,939 millones de pesos.

- iii) Los dividendos recibidos por la inversión en la Afore XXI Banorte por 1,100 millones de pesos.
- iv) La utilidad obtenida por la venta de instrumentos gubernamentales que ascendió a 517 millones de pesos, contribuyó a generar 10,389 millones de pesos de productos financieros en 2016, con los cuales se alcanzó un nivel máximo histórico.
- v) El fondeo de las Reservas Operativas a la Reserva de Operación para Contingencias y Financiamiento por 7,482 millones de pesos para su uso en programas prioritarios de inversión física de ejercicios posteriores.

En el cuadro IX.4 se presenta el detalle de las aportaciones, intereses y usos de las reservas y Fondo Laboral, sin considerar a las Reservas Operativas. Como se observa, y derivado en buena medida de la estrategia de saneamiento financiero implementada por el Instituto en la presente Administración, la reducción en el uso de reservas tiene como resultado un crecimiento positivo en el saldo, que en 2016 ascendió a 12,337 millones de pesos.

Cuadro IX.4.
Aportaciones, intereses y usos de las Reservas y del Fondo Laboral^{1/}
(millones de pesos)

Concepto	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Intereses de las Reservas (uso restringido) (A)	5,226	5,464	6,034	9,719	5,456	4,988	4,639
Intereses RFA y RGFA	3,923	4,428	5,349	9,068	4,851	4,408	3,952
Intereses ROCF	1,107	765	413	419	381	348	476
Cuotas de la Industria de la construcción	196	271	272	232	224	232	211
Subcuenta 1 (B)	2,067	2,386	3,249	389	8	5	4
Intereses	2,067	2,386	3,249	389	8	5	4
Subcuenta 2 (C)	3,873	4,766	5,784	6,278	6,793	6,950	7,694
Aportación de trabajadores	3,364	4,091	4,728	4,853	4,919	4,961	4,939
Intereses	509	675	1,056	1,425	1,874	1,990	2,755
Suma Intereses de Reservas y Fondo Laboral (D)=(A+B+C)	11,166	12,616	15,067	16,386	12,257	11,943	12,337
Uso de Reservas y Fondo Laboral (E)	15,462	20,449	22,755	11,141	12,557	8,653	-
Resultado (D-E)	-4,296	-7,833	-7,688	5,245	-300	3,290	12,337

^{1/} 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 y/o fondeos entre ROCF y RO.

Fuente: Dirección de Finanzas, IMSS.

IX.2.2. Asignación estratégica de activos

El Instituto realiza la inversión de los portafolios de las reservas y Fondo Laboral de acuerdo con el proceso integral de inversión¹¹² establecido en la normatividad en materia de inversiones financieras. Dicho proceso considera la asignación estratégica de activos de los portafolios, que es la guía para realizar las operaciones de inversión, la cual es revisada al menos de forma anual y aprobada por la Comisión de Inversiones Financieras.

En enero de 2016, la Comisión de Inversiones Financieras aprobó la asignación estratégica de activos para la Reserva General Financiera y Actuarial, las Reservas Financieras y Actuariales de los Seguros de Invalidez y Vida, de Riesgos de Trabajo y de Enfermedades y Maternidad, y la cobertura de Gastos Médicos para Pensionados, así como para la Subcuenta 2 del Fondo Laboral.

En los últimos años, la Comisión de Inversiones Financieras no había establecido una asignación estratégica de activos para la Reserva Financiera y Actuarial del Seguro de Enfermedades y Maternidad debido a las estimaciones de usos de dicha reserva, las cuales contemplaban que ésta agotaría su saldo antes de 2017; sin embargo, gracias a la eficiencia en el manejo de los recursos, aunada a los resultados positivos de la implementación de políticas de saneamiento financiero del Instituto, en 2016 se estimó que el saldo de la reserva se agotaría en 2019.

Por lo anterior, y en virtud de que se contaba con recursos suficientes para cubrir los requerimientos de liquidez de la reserva, para 2016 se estableció una asignación estratégica de activos para este portafolio a fin de diversificar las inversiones, incrementar su plazo de inversión y, en consecuencia, generar mejores rendimientos.

¹¹² La descripción del proceso integral de inversión de las reservas y el Fondo Laboral se presenta en el Anexo D de este Informe.

Asimismo, en abril de 2016 se incorporó la inversión en el mercado accionario local, bajo la figura de mandatos, a la asignación estratégica de activos de la Subcuenta 2 del Fondo Laboral.

La asignación estratégica de activos de los portafolios para 2016 favoreció principalmente la inversión en instrumentos referenciados a tasa fija, siempre que estos generaran mayor valor sobre los referenciados a tasa revisable, así como una menor exposición en inversiones a tasa real, con base en los siguientes supuestos económicos:

- i) Inflación en niveles entre 2.91% y 3.37%.
- ii) Alza gradual de la tasa de interés de referencia¹¹³ durante 2016, con una expectativa al cierre del año entre 3.75% y 4%, en línea con la probabilidad de incrementos en el rango objetivo de la tasa de interés de los fondos federales por parte de la Reserva Federal de Estados Unidos.
- iii) Tipo de cambio al cierre del año, entre 16.60 y 17.20 pesos por dólar.

Sin embargo, como resultado del seguimiento puntual que se realiza al entorno económico-financiero y a fin de procurar el mayor valor a las inversiones de los portafolios de las reservas y fondos del Instituto, la Comisión de Inversiones Financieras actualizó la asignación estratégica de activos a finales de julio de 2016 como consecuencia de los diversos eventos económicos que se presentaron durante la primera mitad del año, mismos que generaron volatilidad en los mercados financieros y llevaron a modificar los supuestos económicos con los que se determinó la asignación. Los eventos más relevantes que influyeron en el cambio de las expectativas fueron:

- i) Indicadores mixtos de la economía en Estados Unidos, que retrasaron el inicio de alza de tasas de la Reserva Federal.

- ii) Débil crecimiento económico a nivel global.
- iii) La salida del Reino Unido de la Unión Europea (Brexit).
- iv) Depreciación de monedas emergentes frente al dólar.

Estos eventos, junto con el incremento de la deuda pública del país, se reflejaron en una mayor depreciación del peso frente al dólar, en el incremento de la tasa de interés de referencia de 3.25% a 4.25% durante la primera mitad del año, y en el subsecuente deterioro de la expectativa de inflación.

Por lo anterior, la actualización de la asignación estratégica de activos privilegió las inversiones en instrumentos denominados en tasa revisable, dada la expectativa de nuevos incrementos de la tasa de interés de referencia, así como el aumento en la posición en instrumentos de tasa real, ante la expectativa de repunte de la inflación.

El cuadro IX.5 presenta dicha asignación estratégica de activos 2016 por clase y subclase de activo para la Reserva General Financiera y Actuarial, las Reservas Financieras y Actuariales de Invalidez y Vida, Riesgos de Trabajo y Enfermedades y Maternidad, Gastos Médicos para Pensionados, y la Subcuenta 2 del Fondo Laboral.

Durante los últimos meses de 2016 predominó el contexto de incertidumbre en los mercados financieros derivado principalmente del proceso electoral en Estados Unidos y su resultado, que se han traducido en una mayor aversión al riesgo de los inversionistas. Ante esta coyuntura, la Comisión de Inversiones Financieras ha enfocado la estrategia de inversión en instrumentos gubernamentales, que representan un menor riesgo de crédito.

¹¹³ Tasa de Interés Interbancaria a un día, determinada por la Junta de Gobierno del Banco de México.

Cuadro IX.5.
Asignación estratégica de activos 2016, por clase y subclase de activo^{1/}
 (porcentajes)

	RGFA	RFA GMP	RFA SEM	RFA SIV	RFA SRT	Subcuenta 2
Clase de activo	mín/máx	mín/máx	mín/máx	mín/máx	mín/máx	mín/máx
Deuda gubernamental	15/35	40/55	10/50	10/30	10/30	35/55
Deuda bancaria	40/60	20/35	40/75	10/15	10/15	10/35
Deuda corporativa	10/25	10/25	10/25	20/25	20/25	20/25
Afore ^{2/}				45	45	
Acciones ^{3/}						4/10
Subclase de activo	mín/máx	mín/máx	mín/máx	mín/máx	mín/máx	mín/máx
Fondeo	5/10	5/10	10/40	5/10	5/10	5
Tasa fija	10/30	20/40	5/15	15/35	15/35	30/40
Tasa revisable	50/70	35/50	40/70	40/50	40/50	5/7
Tasa real		5/10	10/20	15/30	15/30	45/60
Acciones ^{3/}						4/10

^{1/} La asignación estratégica de activos 2016 estuvo vigente hasta enero de 2017. Conforme a las Políticas y Directrices los recursos de la Subcuenta 1 del Fondo Laboral no están sujetos al proceso de asignación estratégica de activos, por lo que no se incluye en este cuadro.

^{2/} Participación accionaria en Afore XXI Banorte.

^{3/} Inversión en el mercado accionario local a través de mandatos de inversión.

Fuente: Dirección de Finanzas, IMSS.

Por otra parte, con el fin de reducir los riesgos de inversión y fomentar la acumulación de reservas y fondos, el Instituto ha implementado las siguientes estrategias:

- i) Privilegiar la inversión en deuda gubernamental, así como en deuda bancaria emitida por entidades que cuentan con las más altas calificaciones crediticias.
- ii) Favorecer las inversiones de corto plazo, con el objetivo de aprovechar los incrementos esperados en los niveles de tasas de interés en tanto surjan oportunidades atractivas para la inversión a largo plazo, lo anterior en línea con la estrategia de incentivar la generación de productos financieros que permitan enfrentar los requerimientos de liquidez y contribuyan al crecimiento del saldo de las reservas y fondos.
- iii) Gestión proactiva de las inversiones institucionales, en línea con la cambiante dinámica del mercado financiero, que se refleja en la detección de oportunidades atractivas de compra, lo mismo que en la venta de instrumentos que han producido utilidades y contribuido en la acumulación de productos financieros.
- iv) Negociación de transacciones a través de sistemas electrónicos de colocación de posturas, los cuales contribuyen a la transparencia, así como a asegurar que las operaciones se realizan en los mejores niveles de tasa y términos de negociación posibles, además de controlar los montos de éstas con el objeto de evitar distorsiones en el mercado por el volumen de las transacciones.
- v) Contribuir con la diversificación de los portafolios, en particular mediante la inversión en mercado accionario a través de mandatos, sujeto a la aprobación de la Comisión de Inversiones Financieras con base en el desempeño de los mandatarios.
- vi) Mejora continua del proceso integral de inversión a través de la automatización de procesos, la implementación de nuevos sistemas y procedimientos operativos, así como el fortalecimiento de la infraestructura humana y tecnológica, que contribuyen a mitigar el riesgo operativo en las diferentes áreas.

IX.2.3. Mandatos de inversión¹¹⁴

Por primera vez en el Instituto y en apego a las mejores prácticas del medio financiero, en abril de 2016 se implementó la figura de mandatos en la Subcuenta 2 del Fondo Laboral, para invertir en el mercado accionario local bajo un horizonte de largo plazo. Cabe destacar que, previo a la implementación de los mandatos, la Subcuenta 2 del Fondo Laboral se encontraba invertida en su totalidad en instrumentos de deuda, por lo que la inversión en el mercado accionario forma parte del esfuerzo de la Comisión de Inversiones Financieras para diversificar y mejorar la relación rendimiento-riesgo de la subcuenta, así como lograr su suficiencia financiera en el largo plazo.

La inversión bajo mandatos se rige por las políticas, el régimen de inversión y los parámetros de riesgo aprobados por la Comisión de Inversiones Financieras, establecidos en los contratos de mandatos, mismos que adicionalmente contemplan otros servicios como interfaces de la posición en inversión, reportes, análisis de desempeño, pruebas de estrés y ponencias que, además de dar transparencia a la inversión de los recursos, permiten al Instituto dar seguimiento diario a la inversión. Como parte del proyecto de capacitación continua del personal involucrado en el proceso integral de inversión, los contratos de mandatos contemplan la participación en seminarios, foros y talleres, a fin de transmitir el conocimiento y experiencia de los mandatarios.

Conforme a lo establecido en los “Lineamientos que deberán ser considerados al realizar inversiones a través de Mandatos de Inversión” aprobados por el H. Consejo Técnico el 27 de agosto de 2014, la Comisión de Inversiones Financieras ha evaluado con

periodicidad trimestral el desempeño de los mandatos, considerando aspectos cuantitativos, tales como el rendimiento en exceso obtenido respecto al portafolio de referencia, y cualitativos como los servicios recibidos, cumplimiento de obligaciones contractuales y transferencia de conocimientos. Al cierre de diciembre de 2016, la inversión bajo mandatos representó 4% de la Subcuenta 2 del Fondo Laboral y ha mostrado un rendimiento que supera en 173 puntos base a su referencia establecida (el Índice de Rendimiento Total de la Bolsa Mexicana de Valores), y en 335 puntos base al Índice de Precios y Cotizaciones, principal referente del mercado accionario local.

IX.2.4. Afore XXI Banorte

Considerando la relevancia de su papel dentro de la seguridad social del país, el Instituto ha participado desde hace 20 años en el Sistema de Ahorro para el Retiro a través de la inversión en Afore XXI. Entre 2011 y 2013, su participación se fortaleció con la inversión para la fusión de Afore XXI con Afore Banorte Generali –que dio lugar a Afore XXI Banorte–, y posteriormente para la adquisición de Afore Bancomer, la cual se fusionó con Afore XXI Banorte.

La inversión institucional en Afore XXI Banorte se encuentra distribuida en las Reservas Financieras y Actuariales del Seguro de Invalidez y Vida, y del Seguro de Riesgos de Trabajo, la cual ascendió a 13,858.9 millones de pesos al cierre de diciembre de 2016, correspondiendo a dichas reservas 7,718.9 y 6,140 millones de pesos, respectivamente. Esta inversión estratégica en los últimos 5 años ha generado para el Instituto una rentabilidad anual de 8.8%.

¹¹⁴ Un mandato es un contrato que consiste en segregarse una parte del portafolio de inversión para invertir los recursos a través de un tercero experto, denominado mandatario, en inversiones, mercados, monedas, regiones o sectores que generalmente implican un conocimiento especializado y operación compleja, tales como horarios y regulaciones, entre otros aspectos. En el caso particular del Instituto, se refiere a la inversión tercerizada de una parte de los recursos de la Subcuenta 2 del Fondo Laboral en el mercado accionario local.

El papel de Afore XXI Banorte es preponderante en el mercado de las Afore. Al cierre de diciembre de 2016, alcanzó el segundo lugar en cuanto al número de cuentas administradas en la industria con 20% de participación, y el primer lugar de acuerdo con el monto de los recursos administrados con 23% (cuadro IX.6).

En el rubro de comisiones cobradas a sus afiliados, Afore XXI Banorte se ha distinguido por situarse entre las administradoras con las comisiones más bajas del sistema, manteniendo una tendencia de disminución en los últimos 8 años¹¹⁵, como se aprecia en la gráfica IX.4. Para 2017, Afore XXI Banorte cobra una comisión de 1%, que la sitúa como la tercera administradora privada con la comisión más baja en la industria, después de Afore Inbursa (0.98%) y Afore Banamex (0.99%).

En 2016, Afore XXI Banorte fue pionera en la promoción del ahorro para el retiro entre menores de 18 años, a través de su producto "PrimerAfore" con el que busca generar una cultura de ahorro en el país desde temprana edad, además de posicionarse en los futuros trabajadores desde su infancia. Los recursos ahorrados por los niños serán considerados como ahorro voluntario, y aunque el producto está diseñado para contribuir a su jubilación, se podrá disponer de los recursos en el corto plazo. A la fecha no existe un producto similar en la industria.

Como parte del esfuerzo continuo de Afore XXI Banorte para generar mejores rendimientos de inversión a sus trabajadores afiliados, en 2016 amplió la diversificación en los mercados internacionales a través de la operación de un segundo mandato

Cuadro IX.6.
Cuentas y recursos administrados por las AFORE
(cifras al 31 de diciembre de 2016)^{1/}

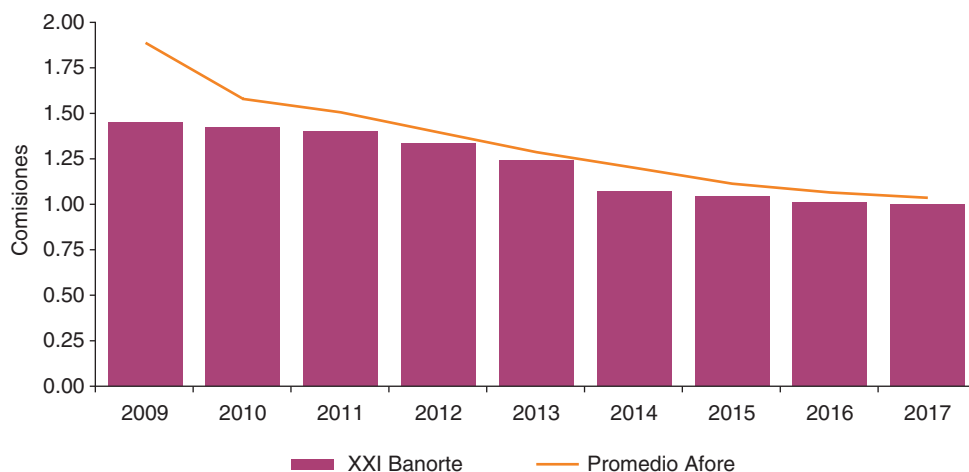
Cuentas de trabajadores			Recursos (millones de pesos)		
Lugar	Afore	Número de cuentas	Lugar	Afore	Recursos
1	Banamex	9,727,077	1	XXI Banorte	645,213
2	XXI Banorte	9,664,061	2	Banamex	486,418
3	Coppel	7,926,121	3	SURA	413,208
4	SURA	7,230,280	4	Profuturo GNP	371,391
5	Profuturo GNP	3,896,652	5	Invercap	170,668
6	Principal	2,782,174	6	PensionISSSTE	157,531
7	Invercap	2,488,143	7	Coppel	149,092
8	PensionISSSTE	1,978,885	8	Principal	149,030
9	Azteca	1,736,922	9	Inbursa	107,353
10	Inbursa	1,082,208	10	Metlife	70,397
11	Metlife	730,953	11	Azteca	46,464
Total		49,243,476			2,766,766

^{1/} No incluyen cuentas ni recursos administrados por Afore XXI Banorte como prestadora de servicios (administración de cuentas individuales con recursos depositados en Banco de México).

Fuente: Comisión Nacional del Sistema de Ahorro para el Retiro.

¹¹⁵ Las comisiones por saldo administrado de Afore XXI Banorte han sido: 1.45% en 2009; 1.42% en 2010; 1.40% en 2011; 1.33% en 2012; 1.24% en 2013; 1.07% en 2014; 1.04% en 2015, y 1.01% en 2016.

Gráfica IX.4.
Comisiones sobre saldo, Afore XXI Banorte vs. el resto del Sistema, 2009-2017
 (porcentajes)



Fuente: Comisión Nacional del Sistema de Ahorro para el Retiro.

de inversión en el mercado europeo; en 2017, Afore XXI Banorte continúa marcando tendencia en la diversificación de mercados a través del fondeo de 4 mandatos en la región de Asia-Pacífico. Con ello, la Afore es una de las tres administradoras que a la fecha han incursionado en la figura de mandatos y con mayor exposición en mercados internacionales.

El Instituto, en su calidad de accionista, realiza un seguimiento a la inversión en la Afore y coadyuva en la toma de decisiones que buscan promover la preservación y generación de valor, a través del trabajo conjunto con la administración de la Afore. Asimismo, a través de su participación en los órganos de gobierno, analiza junto con su socio en la Afore, Grupo Financiero Banorte, estrategias que permitan establecer sinergias a fin de enfrentar la competencia, mantener su participación en el mercado y mejorar la eficiencia de sus ramas de negocio. En línea con lo antes señalado, en el último año se realizaron cambios en la estructura a fin de posicionar a Afore XXI Banorte como una de las principales administradoras en cuanto a servicio y beneficio para sus afiliados.

IX.2.5. Rendimientos financieros en 2016

Los resultados positivos de las estrategias establecidas por la Comisión de Inversiones Financieras para la inversión de las reservas y Fondo Laboral, la adecuada toma de decisiones de inversión ante un entorno caracterizado por alta volatilidad e incertidumbre, y la asignación táctica que busca realizar las operaciones de inversión en los mejores términos para el Instituto se reflejan en la tasa de rendimiento obtenida en 2016, que ascendió a 6.04% presentada en el cuadro IX.7. Dicha tasa fue mayor a la obtenida en el ejercicio previo en 125 puntos base; el aumento también se vio favorecido por los mayores niveles de las tasas de rendimiento derivados de los movimientos al alza de la tasa de referencia.

Es de resaltar el rendimiento obtenido en la Subcuenta 2 del Fondo Laboral por 7.91%, equivalente a 4.46% en términos reales, cifra que superó el rendimiento real objetivo de 3.7% establecido para esa subcuenta a fin de alcanzar su suficiencia financiera.

Cuadro IX.7.
Productos financieros por Reserva y Fondo Laboral,
2015 y 2016^{1/, 2/}
(millones de pesos y tasas^{3/})

Reserva/Fondo	2015		2016	
	Mdp ^{3/}	Tasas (%)	Mdp ^{3/}	Tasas (%)
RO	831	3.48	1,737	4.71
ROCF	355	3.26	498	4.38
RGFA	125	3.28	184	4.37
RFA	3,838	4.95	4,316	5.93
Fondo Laboral	2,298	5.86	3,654	7.83
Subcuenta 1	6	0.90	6	1.05
Subcuenta 2	2,293	5.94	3,648	7.91
Total	7,448	4.79	10,389	6.04

^{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 por la inversión en Afore XXI Banorte.

^{3/} Millones de pesos corrientes, tasas nominales.

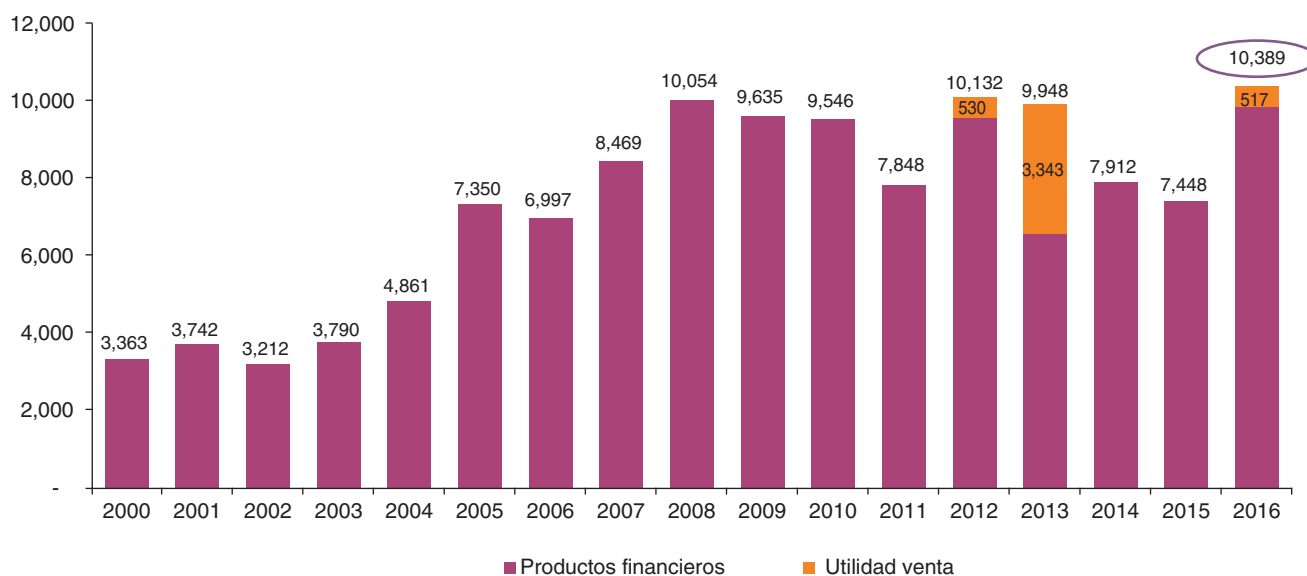
Fuente: Dirección de Finanzas, IMSS.

Lo anterior se explica principalmente por:

- i) La asignación estratégica de activos, que privilegió la inversión en instrumentos de tasa real en un entorno de incremento en la inflación.
- ii) La venta¹¹⁶ de instrumentos financieros, cuyas utilidades generadas por 517 millones de pesos coadyuvaron para alcanzar un nivel máximo histórico de productos financieros, como se aprecia en la gráfica IX.5. Adicionalmente, los recursos obtenidos por la venta fueron reinvertidos en instrumentos financieros a tasa real, lo que permite contar con una cobertura inflacionaria en el portafolio.

Los productos financieros generados durante 2016 por las inversiones contribuyeron a alcanzar un

Gráfica IX.5.
Evolución de productos financieros de las Reservas y Fondo Laboral, 2000-2016
(millones de pesos)



Fuente: Dirección de Finanzas, IMSS.

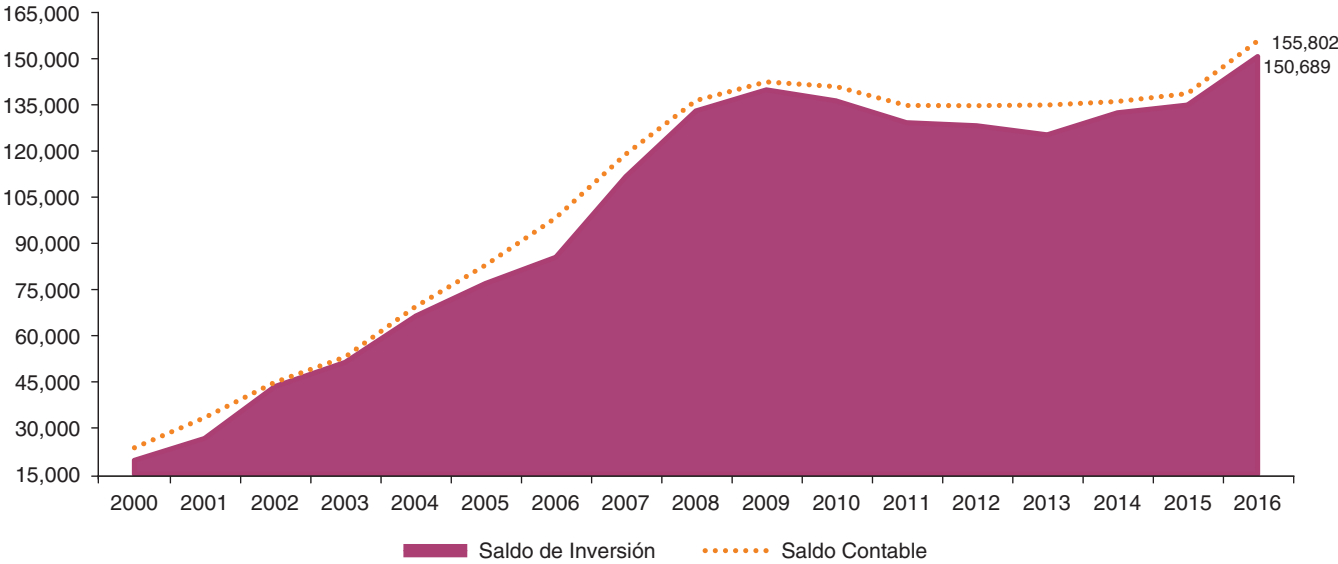
¹¹⁶ La contribución de este tipo de operaciones también fue relevante en 2012 y 2013.

máximo histórico en la acumulación de reservas por 10,389 millones de pesos¹¹⁷, superando por 2,942 millones de pesos los productos financieros del año previo, y siendo mayores en 39% a los productos financieros estimados en el presupuesto institucional 2016¹¹⁸. Lo anterior fue relevante, entre otros aspectos, para alcanzar los saldos históricos contable¹¹⁹ y de inversión¹²⁰ más altos obtenidos desde la constitución de las reservas y fondos, como se aprecia en la gráfica IX.6.

IX.2.6. Riesgos financieros de las inversiones institucionales

La administración de los riesgos financieros de las reservas y Fondo Laboral se realiza en consideración de los criterios de diversificación de riesgos, transparencia y respeto a las sanas prácticas y usos del mercado.

Gráfica IX.6.
Evolución del saldo contable y de inversión de las Reservas y Fondo Laboral, 2000-2016
 (millones de pesos)



Fuente: Dirección de Finanzas, IMSS.

¹¹⁷ Incluye intereses devengados no cobrados.
¹¹⁸ El presupuesto consideró una estimación de 7,534 millones de pesos por productos financieros.
¹¹⁹ Se integra principalmente por el saldo de inversión, los intereses devengados no cobrados, la provisión de dividendos por cobrar (por la inversión en Afore XXI Banorte) y el registro de los deterioros en el valor de inversiones.
¹²⁰ Recursos destinados a una inversión.

La medición y control 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 estimando la máxima pérdida potencial que a valor de mercado pueda observarse en los portafolios durante un periodo determinado, a través del indicador estadístico Valor en Riesgo (VaR), conforme a los límites, parámetros y referencias establecidos en la normatividad.

Los consumos de los límites establecidos en la normatividad para 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 2016, se presentan en el cuadro IX.8.

Aunado a lo anterior, los diferentes límites de inversión definidos en la normatividad, tales como los de instrumentos de deuda y mercado accionario, plazos de inversión, calificación crediticia, duración u horizonte de inversión, entre otros, así como su monitoreo diario, forman parte de las herramientas que definen el marco de la administración de los riesgos financieros, por lo que los resultados derivados de su seguimiento se presentan a la Comisión de Inversiones Financieras en cada sesión ordinaria.

Como parte del fortalecimiento y apego a mejores prácticas en materia de administración de riesgos financieros, durante 2016 el IMSS continuó con la implementación de un nuevo sistema de riesgos que presenta ventajas, dado que en sus estimaciones incorpora metodologías actualizadas de VaR de mercado, duración, betas y *tracking error*, lo que permitirá alinear la administración de riesgos a las sanas prácticas y usos del mercado. Asimismo, la implementación del nuevo sistema trae consigo la reducción del riesgo operativo y de los tiempos de ejecución al automatizar procesos y mejorar cálculos que son relevantes en la medición y control de riesgos a que están expuestos los recursos institucionales invertidos a través de mandatos.

En diciembre de 2016, como parte del proceso de estimación del riesgo de crédito, la Comisión de Inversiones Financieras aprobó el cambio en la metodología de cálculo a una más robusta, con el objetivo de detectar, con información generada de forma diaria por el mercado, los cambios en la percepción de riesgo de crédito, además de contar con la estimación de probabilidades de incumplimiento diferenciando, los instrumentos bancarios y corporativos, dado que anteriormente se asignaba el mismo nivel de riesgo a ambos instrumentos. Lo anterior fue aprobado por el H. Consejo Técnico a través de su incorporación en las Políticas y Directrices en enero de 2017.

Cuadro IX.8.
Valor en riesgo de mercado y de crédito
al cierre de 2016
(porcentaje sobre el valor de mercado)

Portafolio	Valor en Riesgo de mercado		Valor en Riesgo de crédito	
	Posición	Límite	Posición	Límite
RGFA	0.11	1.50	0.31	2.50
RFA	0.52	2.50	0.97	4.50
Subcuenta 2	3.01	5.50	1.14	4.50

Fuente: Dirección de Finanzas, IMSS.



La evaluación anual de los pasivos que comprometen el gasto del IMSS por más de un ejercicio fiscal se realiza de acuerdo con lo que se establece en la fracción IV del Artículo 273 de la Ley del Seguro Social, por tal motivo en este capítulo se reporta la estimación de los siguientes pasivos:

- i) Los que se derivan de la relación laboral con los trabajadores del IMSS.
- ii) Los que se derivan de las contingencias de carácter litigioso relativos a los asuntos de carácter laboral, fiscal, administrativo, penal, civil y mercantil, mismos que se han identificado como uno de los principales riesgos que enfrenta el Instituto.

X.1. Pasivo laboral del Instituto en su carácter de patrón

En cumplimiento a lo que establece la fracción IV del Artículo 273 de la Ley del Seguro Social, el IMSS anualmente contrata un despacho externo que realiza un estudio actuarial¹²¹ para evaluar los pasivos a cargo del IMSS en su carácter de patrón, mismos que se derivan de la relación laboral con sus trabajadores. Dichos pasivos laborales son los siguientes:

- El pasivo derivado de las obligaciones contractuales por prima de antigüedad e indemnizaciones que se otorgan a los trabajadores

¹²¹ El estudio actuarial elaborado para evaluar los pasivos laborales se denomina "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 2016", y fue realizada por el despacho Aon México Business Support, S. A. de C. V.

que terminan su relación laboral con el Instituto, el cual se determina conforme a las prestaciones que se establecen en el Contrato Colectivo de Trabajo que el IMSS tiene celebrado con sus trabajadores y en el Estatuto de trabajadores de Confianza "A" del IMSS¹²².

- El pasivo por el plan de pensiones de sus trabajadores, el cual se determina conforme a lo que se establece en el denominado Régimen de Jubilaciones y Pensiones que forma parte del Contrato Colectivo de Trabajo.

La estimación de los pasivos laborales se realizó con base en la Norma de Información Financiera D-3 "Beneficios a los Empleados" y se determina aplicando el método de crédito unitario proyectado¹²³, para lo cual se utilizan los supuestos financieros y demográficos que se presentan en el Anexo E de este Informe.

En diciembre de 2014 se actualizó la Norma de Información Financiera D-3 y entró en vigencia a partir del primero de enero de 2016. Su aplicación en el estudio actuarial se realizó considerando la transición a la nueva norma y las Mejoras para el 2017. Los cambios en la norma se resumen en el Anexo E de este Informe. Dentro de los cambios realizados a la norma se destacan dos.

El primero está relacionado con la presentación de los resultados, los cuales ya no se realizarán de manera separada para terminación y retiro, sino que se presentarán de forma global para la prima de antigüedad e indemnizaciones y para el plan de pensiones.

El segundo considera un cambio significativo para determinar el costo neto de 2016, ya que se

eliminó el factor de reconocimiento gradual de las partidas pendientes de amortizar que se utilizaba para determinar el costo neto del año, por tal motivo el costo neto de 2016 considera el reconocimiento de dichas partidas de manera inmediata.

A continuación se describen los principales resultados que se obtuvieron conforme a la Norma de Información Financiera.

- 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 de beneficio definido: es la cantidad que resulta de disminuir al pasivo calculado como la Obligación por Beneficios Definidos, menos los activos del plan de pensiones. Asimismo, el importe del pasivo neto de beneficio definido corresponde a la cantidad que el IMSS tiene reconocido como un activo intangible en sus Estados Financieros al cierre de diciembre de 2016, debido a que dichos recursos no están fondeados.
- 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 del servicio actual: representa el costo de los beneficios adquiridos por los trabajadores, 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

¹²² Para efectos de este capítulo se utilizará el término Estatuto A.

¹²³ El método de crédito unitario proyectado es un proceso 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.

cálculo los efectos por los pagos estimados del periodo.

- Rendimiento de los activos del plan: se refiere a los rendimientos que se espera obtener durante el año de valuación por la inversión de los recursos acumulados en la Subcuenta 1 del Fondo Laboral.
- 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.
- Reconocimiento de pasivos: con la aplicación de la nueva NIF-D3 y sus mejoras 2017, se incorporó como parte del costo neto del periodo lo correspondiente al pasivo pendiente de reconocer por la transición a la nueva NIF-D3.
- Reconocimiento de pérdidas/(ganancias): se consideraron como parte del costo neto del periodo las pérdidas/(ganancias) generadas en el año.

En el cuadro X.1 se muestran los principales resultados del pasivo laboral, desglosados para los beneficios por prima de antigüedad e indemnizaciones y para el Régimen de Jubilaciones y Pensiones.

Con la aplicación de la Norma de Información Financiera D-3 que entró en vigencia a partir del 1° de enero de 2016, el costo neto del periodo pasó de 779,924 millones de pesos en 2015 a 1'716,976 millones de pesos en este año, representando un incremento de 120%. Este cambio se deriva principalmente del reconocimiento inmediato en 2016 del importe que se tenía a diciembre de 2015, por los saldos de los servicios pasados y las pérdidas y/o ganancias pendientes de reconocer; dicho importe ascendió a 1'653,119 millones de pesos, mismo que se refleja en el renglón 5 del cuadro X.1.

De las cifras que se muestran en el cuadro X.1, el IMSS tiene reconocido en sus Estados Financieros una reserva de 79,043 millones de pesos, la cual se

Cuadro X.1.
Principales resultados del pasivo laboral del IMSS en su carácter de patrón, al 31 de diciembre de 2016, de acuerdo con la Norma de Información Financiera D-3
(millones de pesos de 2016)

Concepto	Prima de Antigüedad e Indemnizaciones	Régimen de Jubilaciones y Pensiones	Total
Situación del plan			
1 Importe de las obligaciones por beneficios definidos	-50,652	-1,673,159	-1,723,811
2 Saldo pendiente de reconocer por la aplicación de la NIFGG SP 05 ^{1/}	32,074	1,612,694	1,644,768
3 Activos del plan ^{2/}	-	128	128
4 Importe del pasivo neto de beneficio definido ^{3/} ...(1+2+3)	-18,579	-60,337	-78,915
Importe del costo neto del periodo			
5 Transición a nueva NIF D-3 pendiente de reconocer	30,491	1,622,629	1,653,119
6 Costo neto del año	6,449	57,407	63,857
7 Total costo neto del periodo...(5+6)	36,940	1,680,036	1,716,976

^{1/} NIFGG SP 05: Norma de Información Financiera Gubernamental General para el Sector Paraestatal 05.

^{2/} Los activos del plan están asociados al pago del gasto del Régimen de Jubilaciones y Pensiones y se encuentran depositados en la Subcuenta 1 del Fondo Laboral.

^{3/} El importe del pasivo neto de beneficio definido corresponde a la cantidad que el IMSS tiene reconocida como un activo intangible en sus Estados Financieros al cierre de diciembre de 2016, debido a que dichos recursos no están fondeados.

Fuente: Valuación Actuarial, Aon México Business Support, S. A. de C. V.

constituye por los activos del plan (128 millones de pesos) más el importe del Pasivo Neto de Beneficio Definido (78,915 millones de pesos). Dicha reserva representa 4.6% de las Obligaciones por Beneficios Definidos al 31 de diciembre de 2016 (1'723,811 millones de pesos de 2016¹²⁴).

Aunado a los resultados señalados anteriormente y que se obtienen conforme a la Norma de Información Financiera D-3, se realiza una proyección de largo plazo, a través de la cual se calcula el Valor Presente de Obligaciones Totales, mismo que se define como el costo total estimado a la fecha de valuación por los compromisos del IMSS derivados de la relación laboral con sus trabajadores, proveniente de los beneficios de prima de antigüedad e indemnizaciones y del Régimen de Jubilaciones y Pensiones.

Al 31 de diciembre de 2016 el valor presente de obligaciones totales asciende a 1.90 billones de pesos¹²⁵, correspondiendo a prima de antigüedad e indemnizaciones 0.09 billones de pesos y al Régimen de Jubilaciones y Pensiones neto de la seguridad social 1.80 billones de pesos.

X.1.1. Pasivo laboral por la prima de antigüedad e indemnizaciones

La valuación actuarial del pasivo laboral por prima de antigüedad e indemnizaciones se realiza considerando las prestaciones que se otorgan a los trabajadores al término de la relación laboral conforme a lo que se establece en el Contrato Colectivo de Trabajo y en el Estatuto A del IMSS¹²⁶. Los motivos de baja de la actividad laboral que se contemplan en las estimaciones son: fallecimiento, invalidez, incapacidad permanente,

jubilación por años de servicio, cesantía en edad avanzada, vejez, despido y renuncia.

Población valuada

Para efectos de la valuación actuarial, la población valuada para determinar el pasivo laboral por prima de antigüedad e indemnizaciones se divide en dos grupos, de acuerdo con los beneficios a que tienen derecho, conforme a lo siguiente:

- Trabajadores de Base contratados hasta el 31 de diciembre de 2016¹²⁷: valuados con derecho a los beneficios que se establecen en el Contrato Colectivo de Trabajo.
- Trabajadores de Confianza "A" contratados a partir del 1° de enero de 2012 y hasta el 31 de diciembre de 2016: valuados con derecho a los beneficios que se establecen en el Estatuto A del IMSS.

Beneficios valuados

En el cuadro X.2 se muestra la relación de los beneficios valuados por prima de antigüedad e indemnizaciones.

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 son los que se muestran en el cuadro X.3, de los cuales se observa lo siguiente:

¹²⁴ Para efectos del estudio actuarial que se realiza bajo la Norma de Información Financiera D-3, la reserva se considera distribuida entre las obligaciones del Régimen de Jubilaciones y Pensiones y las obligaciones por prima de antigüedad e indemnizaciones.

¹²⁵ Por motivo de redondeo de cifras no coincide el total con la suma de las cifras parciales.

¹²⁶ Para los trabajadores contratados bajo el Estatuto A se valúan las obligaciones que corresponden conforme a lo que se establece en la Ley Federal del Trabajo, y la indemnización referida en el propio Estatuto A para el caso de muerte derivada de causas distintas a riesgos de trabajo.

¹²⁷ Incluye a los trabajadores de Confianza B registrados en nómina al 31 de diciembre de 2016, así como a los trabajadores de Confianza A con fecha de contratación anterior al 1° de enero de 2012.

Cuadro X.2.
Beneficios por prima de antigüedad e indemnizaciones, valuados conforme a la Norma de Información Financiera D-3 “Beneficios a los Empleados”

Prima de antigüedad e indemnizaciones	Prima de antigüedad ^{2/}
- Muerte	- Jubilación por años de servicio
- Invalidez e incapacidad permanente	- Cesantía en edad avanzada
- Despido ^{1/}	- Vejez
	- Renuncia

^{1/} Para despido justificado se paga únicamente la prima de antigüedad.

^{2/} Los trabajadores contratados bajo el Convenio de 2008 o el Estatuto A no acceden al beneficio de jubilación por años de servicio.

Fuente: Dirección de Finanzas, IMSS.

Cuadro X.3.
Principales resultados de la valuación actuarial por la prima de antigüedad e indemnizaciones, al 31 de diciembre de 2016, de acuerdo con la Norma de Información Financiera D-3
(millones de pesos de 2016)

Concepto	Total
Situación del plan	
1 Importe de las obligaciones por beneficios definidos	-50,652
2 Saldo pendiente de reconocer por la aplicación de la NIFGG SP 05 ^{1/}	32,074
3 Activos del plan	-
4 Importe del pasivo neto de beneficio definido ^{2/} ... (1+2+3)	-18,579
Importe del costo neto del periodo	
5 Transición a nueva NIF D-3 pendiente de reconocer	30,491
6 Costo neto del año	6,449
7 Total costo neto del periodo ... (5+6)	36,940

^{1/} NIFGG SP 05: Norma de Información Financiera Gubernamental General para el Sector Paraestatal 05.

^{2/} La estimación del pasivo neto proyectado correspondiente para la prima de antigüedad e indemnizaciones se realiza para efectos de presentación de los resultados, conforme a lo que se establece en la Norma de Información Financiera D-3.

Fuente: Valuación Actuarial, Aon México Business Support, S. A. de C. V.

- Obligaciones por beneficios definidos: Al 31 de diciembre de 2016, el monto de las obligaciones por la prima de antigüedad e indemnizaciones asciende a 50,652 millones de pesos, de los cuales se tienen reconocidos en los Estados Financieros del IMSS 18,579 millones de pesos¹²⁸, que representan 37% de las obligaciones por beneficios definidos.
- Costo neto del periodo: El costo generado durante 2016 es de 36,940 millones de pesos; sin embargo, el IMSS hizo un cargo a resultados del ejercicio 2016 por 4,866 millones de pesos. Lo anterior se realizó en apego a la Norma de Información Financiera Gubernamental General para el Sector Paraestatal 05 de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP), mediante la cual el registro de las obligaciones laborales se realiza de manera parcial dentro de los Estados Financieros. El importe no reconocido del costo neto del periodo por prima de antigüedad e indemnizaciones por 32,074 millones de pesos¹²⁹ se presenta en los principales resultados en el rubro denominado “Saldo pendiente de reconocer por la aplicación de la NIFGG SP 05” (renglón 2 del cuadro X.3).

¹²⁸ Resultan de considerar los activos del plan (0 millones de pesos de 2016) y el pasivo neto de beneficio definido (18,579 millones de pesos de 2016).

¹²⁹ Resulta de la diferencia entre el costo neto del periodo por 36,940 millones de pesos y el cargo a resultados por 4,866 millones de pesos.

Con la aplicación de la Norma de Información Financiera D-3 que entró en vigencia a partir del 1° de enero de 2016, el costo neto del periodo pasó de 7,938 millones de pesos en 2015 a 36,940 millones de pesos en este año, representando un incremento de 365%. Este cambio se deriva principalmente del reconocimiento inmediato en 2016 del importe que se tenía a diciembre de 2015, por los saldos de los servicios pasados y las pérdidas y/o ganancias pendientes de reconocer, dicho importe ascendió a 30,491 millones de pesos, mismo que se refleja en el renglón 5 del cuadro X.3.

Estimaciones de largo plazo

Resultados demográficos

En el cuadro X.4 se muestra el número de bajas de trabajadores por muerte, invalidez, incapacidad, renuncia, despido, jubilación por años de servicio, cesantía en edad avanzada y vejez, que se estima terminarán su relación laboral y que recibirán el pago correspondiente por los beneficios de indemnización y prima de antigüedad.

De las proyecciones demográficas se identifica que 90% de las bajas será por jubilación por años de servicio y cesantía en edad avanzada y vejez. En el corto y mediano plazos las bajas por jubilación provendrán del personal contratado bajo los beneficios del Régimen de Jubilaciones y Pensiones; esto se debe a que la población con derecho a este Régimen ya tiene reconocida una antigüedad promedio de 19.7 años, quedando por laborar en promedio para tener derecho a la jubilación por años de servicios 7.8 años¹³⁰.

Resultados financieros

El costo en valor presente de las obligaciones totales por los beneficios de prima de antigüedad e indemnizaciones se estima en 91,036 millones de pesos a diciembre de 2016. El costo de estas obligaciones está determinado por las contrataciones de trabajadores que ha realizado el IMSS, tanto para cubrir las plazas vacantes que dejan los trabajadores que terminan su relación laboral con el Instituto, principalmente por jubilación, como para cubrir las nuevas plazas.

Cuadro X.4.
Proyección 2017-2060 de bajas de trabajadores IMSS que recibirán pagos por prima de antigüedad e indemnizaciones^{1/}

Año de Proyección	Muerte	Invalidez	Muerte		Renuncia	Despido justificado	Despido injustificado	Jubilación, Cesantía y Vejez	Total
			Riesgos de Trabajo	Incapacidad					
2017	499	629	8	134	294	26	121	17,699	19,410
2020	463	591	7	126	253	23	113	14,167	15,743
2025	461	627	6	130	190	19	104	8,463	10,000
2030	470	697	5	139	125	16	85	10,302	11,838
2035	459	745	4	143	75	13	62	7,176	8,677
2040	374	640	3	121	38	9	38	19,144	20,368
2045	207	386	1	70	14	4	15	12,901	13,599
2050	61	126	0	21	3	1	3	7,814	8,030
2055	6	23	0	3	0	0	0	1,102	1,135
2060	2	12	0	1	0	0	0	2	17

^{1/} La valuación se realizó considerando a los trabajadores contratados al 31 de diciembre de 2016 y no contempla la incorporación de nuevos trabajadores en el periodo de proyección.

Fuente: Valuación Actuarial, Aon México Business Support, S. A. de C. V.

¹³⁰ El derecho a la jubilación por años de servicio se alcanza con 27 años para mujeres y 28 años para hombres.

X.1.2. Pasivo laboral por el Régimen de Jubilaciones y Pensiones

La estimación del pasivo laboral que se deriva del plan de pensiones se circunscribe a las obligaciones del Régimen de Jubilaciones y Pensiones a cargo del IMSS en su carácter de patrón. Lo anterior se debe a que a partir de la firma del Convenio Adicional para las Jubilaciones y Pensiones de los Trabajadores de Base de Nuevo Ingreso, el 14 de octubre de 2005¹³¹, se estableció un nuevo plan de jubilaciones y pensiones para los trabajadores contratados a partir del 16 de octubre de 2005 y hasta el 31 de julio de 2008. Este nuevo plan de jubilaciones y pensiones no constituye un pasivo para el IMSS en su calidad de patrón, ya que el Convenio de 2005 señala que su fuente de financiamiento son las aportaciones de los trabajadores.

Para el plan de pensiones denominado Convenio de 2005 en la sección X.2 de este capítulo se presenta la situación financiera de la Subcuenta 2 del Fondo Laboral, esto se debe a que el IMSS administra las aportaciones que realizan los trabajadores para el financiamiento de las jubilaciones y pensiones que se establecen en el Convenio de 2005, las cuales de manera conjunta con sus rendimientos constituyen la Subcuenta 2 del Fondo para el Cumplimiento de Obligaciones Laborales de Carácter Legal o Contractual. La acumulación de dichos recursos, de acuerdo con lo que se establece en el Artículo 277 D de la Ley del Seguro Social, deberá ser suficiente para cubrir los costos futuros derivados del plan de jubilaciones y pensiones, y para mantenerlo en todo momento plenamente financiado.

Los resultados de la valuación actuarial del pasivo laboral del Régimen de Jubilaciones y Pensiones incluyen los que corresponden a los trabajadores del Programa IMSS-PROSPERA; no obstante, en la sección X.1.3 de este capítulo se presenta de manera

específica el pasivo laboral a diciembre de 2016 que corresponde al plan de pensiones para estos trabajadores.

La estimación del pasivo que se deriva del Régimen de Jubilaciones y Pensiones tiene dos componentes: uno que se refiere a la pensión que se determina conforme a la Ley del Seguro Social con cargo al IMSS-Asegurador, y otro complementario de esa Ley, que se define por la diferencia entre la pensión que otorga el Régimen de Jubilaciones y Pensiones y la que se determina conforme a la Ley del Seguro Social.

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 son conforme a lo que se establece en la Ley del Seguro Social vigente a partir del 1° de julio de 1997, con cargo a los ingresos por cuotas de los seguros de Invalidez y Vida y de Riesgos de Trabajo, así como a la cuenta individual de los trabajadores.

Por lo que se refiere al pasivo que se genera por el componente complementario a la seguridad social, éste se financia con recursos del IMSS en su carácter de patrón y con las aportaciones que realizan los trabajadores al Régimen. Bajo este contexto, el financiamiento del Régimen de Jubilaciones y Pensiones proviene de 3 fuentes:

- i) Los recursos del IMSS-Asegurador.
- ii) Las aportaciones que realizan a este Régimen los trabajadores en activo, correspondientes a 3% del salario base y del fondo de ahorro.

¹³¹ Para efectos de este capítulo se hará referencia a este plan de pensiones con el término de Convenio de 2005.

iii) Los recursos que el IMSS tiene que aportar de su presupuesto para complementar el Régimen de Jubilaciones y Pensiones, es decir, la parte del IMSS-Patrón¹³².

El pasivo de este Régimen ya no se está incrementando por las nuevas contrataciones de trabajadores; sin embargo, se va a tener que pagar en los siguientes años, tanto por los actuales pensionados en curso de pago, como 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:

- Se introdujeron cambios en los Artículos 277 D y 286 K de la Ley del Seguro Social, a partir del 12 de agosto de 2004, los cuales tuvieron como efecto que el Instituto ya 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.
- El 14 de octubre de 2005 el IMSS y el Sindicato Nacional de Trabajadores del Seguro Social suscribieron el “Convenio Adicional para las Jubilaciones y Pensiones de los Trabajadores de Base de Nuevo Ingreso” (Convenio de 2005), mediante el cual se modificaron los requisitos de edad y antigüedad para tener derecho a la jubilación por años de servicio para los trabajadores contratados a partir del 16 de octubre de 2005 y hasta el 31 de julio de 2008.

¹³² A partir de 2009 se han utilizado para el financiamiento del Régimen de Jubilaciones y Pensiones recursos de la Subcuenta 1 del Fondo Laboral. Esta subcuenta se ha integrado a partir de aportaciones del IMSS-Patrón y de los productos financieros generados por la misma. A diciembre de 2016, esta subcuenta tiene un saldo de 128 millones de pesos, y en este año no se utilizaron sus recursos para el financiamiento de ese Régimen.

Asimismo, este plan de pensiones también es complementario a los beneficios que establece la Ley del Seguro Social y en lo que se refiere al financiamiento de la parte complementaria, se basa en un nuevo esquema de contribuciones que depende únicamente de los trabajadores, por tal motivo no se genera para el Instituto un pasivo laboral adicional derivado del plan de pensiones del Convenio de 2005. No obstante, cada año se realiza la valuación actuarial de este régimen de pensiones, con el propósito de evaluar el equilibrio financiero entre los costos futuros por las pensiones complementarias y los recursos destinados a su financiamiento, mismos que se reportan en la sección X.2 de este capítulo.

- La tercera disposición es el Convenio suscrito el 27 de junio de 2008 (Convenio 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 contratados por el IMSS a partir del 1º de agosto de 2008¹³³. Este esquema permite a los trabajadores acceder a un beneficio superior al que establece la Ley del Seguro Social, y el importe superior a la seguridad social se determina conforme a un esquema de contribución definida, que se financia con los recursos que aportan los propios trabajadores a sus cuentas individuales del Sistema de Ahorro para el Retiro, que son de 15% del salario base y del fondo de ahorro, por lo que el IMSS, en su carácter de patrón, tampoco tiene un pasivo laboral por pensiones derivado de las nuevas contrataciones bajo este Convenio, por lo que no se realiza una valuación actuarial de estos beneficios.

¹³³ El Convenio de 2008 no cubre a los trabajadores de Confianza “A” contratados a partir del 1º de enero de 2012.

- Finalmente, a partir del 1° de enero de 2012 entró en vigor el 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, por lo que 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 al IMSS-Patrón por las pensiones complementarias, y es sobre este pasivo sobre el cual se informa en este apartado.

Población valuada

Para efectos de la valuación actuarial del Régimen de Jubilaciones y Pensiones se consideró a la siguiente población vigente a diciembre de 2016: i) los trabajadores activos de Base y de Confianza que ingresaron al IMSS antes del 16 de octubre de 2005, y ii) los jubilados y pensionados bajo dicho Régimen.

Los trabajadores en activo con derecho a los beneficios establecidos en este Régimen son un grupo cerrado, al cual ya no se incorporan nuevos trabajadores y con 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 2016 se consideraron 206,646 trabajadores con derecho a los beneficios establecidos en el Régimen de Jubilaciones y Pensiones¹³⁴, con una edad promedio de 47.2 años y

¹³⁴ 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.

una antigüedad promedio de 19.7 años. El número de trabajadores respecto a los valuados a diciembre de 2015 disminuyó en 7%, es decir, que se registró una baja de 16,147 trabajadores.

Además, se valoraron 276,518 jubilados y pensionados, con una edad promedio de 62.4 años (cuadro X.5). El número de jubilados y pensionados respecto al que se valió a diciembre de 2015 aumentó en 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 2016

Concepto	Número de jubilados y pensionados ^{1/}	Edad promedio
Pensionados directos ^{2/}	250,357	62.6
Pensionados derivados ^{3/}	26,161	59.8
Totales	276,518	62.4

^{1/} El número total de jubilados y pensionados a diciembre de 2016 se determinó a partir de la nómina emitida a noviembre de 2016 y de las jubilaciones y pensiones reportadas como aprobadas por la Comisión Nacional Mixta de Jubilaciones y Pensiones del IMSS en los meses de septiembre a noviembre de 2016.

^{2/} Incluye a los jubilados por años de servicio y a los pensionados por invalidez, incapacidad permanente, cesantía en edad avanzada y vejez.

^{3/} Incluye a los pensionados por viudez, orfandad y ascendencia.

Fuente: Dirección de Finanzas, IMSS.

Beneficios valuados

En el cuadro X.6 se presentan los beneficios del Régimen de Jubilaciones y Pensiones valuados conforme a la Norma de Información Financiera D-3.

Principales resultados de la aplicación de la Norma de Información Financiera D-3

Los resultados conforme a lo que establece la Norma de Información Financiera D-3 para el plan de pensiones se muestran en el cuadro X.7. El pasivo que se calcula para el Régimen de Jubilaciones y

Cuadro X.6.
Beneficios valuados conforme a la Norma de Información Financiera D-3 “Beneficios a los Empleados” por el Régimen de Jubilaciones y Pensiones

- Invalidez.
- Incapacidad permanente.
- Muerte.
- Jubilación.
- Cesantía en edad avanzada.
- Vejez.

Fuente: Régimen de Jubilaciones y Pensiones, Contrato Colectivo de Trabajo de los Trabajadores del IMSS.

Pensiones 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 detallan en el Anexo E de este Informe.

De los resultados se destaca lo siguiente:

- Obligaciones por beneficios definidos: Al 31 de diciembre de 2016 el monto de las obligaciones derivado del Régimen de Jubilaciones y Pensiones asciende a 1'673,159 millones de pesos (rubro 1 del cuadro X.7)¹³⁵, de los cuales se tienen reconocidos en los Estados Financieros del IMSS 60,465 millones de pesos¹³⁶, que representan 3.6% de las obligaciones por beneficios definidos.
- Costo neto del periodo: El costo generado durante 2016 es de 1'680,036 millones de pesos (último rubro del cuadro X.7). El IMSS hizo un cargo a resultados en el ejercicio 2016 por 67,342 millones de pesos; lo anterior, en apego a la Norma de Información Financiera Gubernamental General para el Sector Paraestatal 05 de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP), mediante la cual el registro de las obligaciones laborales se realiza de manera

¹³⁵ De estos 1'673,159 millones, 32% corresponde al personal activo valuado con los beneficios del Régimen de Jubilaciones y Pensiones, y 68% al personal pensionado y jubilado de este Régimen.

¹³⁶ Resultan de considerar los activos del plan (128 millones de pesos de 2016) y el pasivo neto de beneficio definido (60,337 millones de pesos de 2016).

Cuadro X.7.
Principales resultados de la valuación actuarial del Régimen de Jubilaciones y Pensiones, al 31 de diciembre de 2016, de acuerdo con la Norma de Información Financiera D-3
(millones de pesos de 2016)

Concepto	Total
Situación del plan	
1 Importe de las obligaciones por beneficios definidos	-1,673,159
2 Saldo pendiente de reconocer por la aplicación de la NIFGG SP 05 ^{1/}	1,612,694
3 Activos del plan	128
4 Importe del pasivo neto de beneficio definido ^{2/} ... (1+2+3)	-60,337
Importe del costo neto del periodo	
5 Transición a nueva NIF D-3 pendiente de reconocer	1,622,629
6 Costo neto del año	57,407
7 Total costo neto del periodo ... (5+6)	1,680,036

^{1/} NIFGG SP 05: Norma de Información Financiera Gubernamental General para el Sector Paraestatal 05.

^{2/} La estimación del pasivo neto de beneficio definido correspondiente para el Régimen de Jubilaciones y Pensiones se realiza para efectos de presentación de los resultados conforme a lo que se establece en la Norma de Información Financiera D-3.

Fuente: Valuación Actuarial, Aon México Business Support, S. A. de C. V.

parcial dentro de los Estados Financieros y, por lo tanto, el pasivo no registrado se presenta en los principales resultados en el rubro denominado “Saldo pendiente de reconocer por la aplicación de la NIFGG SP 05” por un monto de 1'612,694 millones de pesos (rubro 2 del cuadro X.7).

Con la aplicación de la Norma de Información Financiera D-3 que entró en vigencia a partir del 1° de enero de 2016, el costo neto del periodo pasó de 771,986 millones de pesos en 2015 a 1'680,036 millones de pesos en este año, representando un incremento de 118%. Este cambio se deriva principalmente del reconocimiento inmediato en 2016 del importe que se tenía a diciembre de 2015 por los

saldos de los servicios pasados y las pérdidas y/o ganancias pendientes de reconocer, dicho importe ascendió a 1'622,629 millones de pesos, mismo que se refleja en el rubro 5 del cuadro X.7.

Estimaciones de largo plazo

Resultados demográficos

Las estimaciones de largo plazo para la población con derecho al Régimen de Jubilaciones y Pensiones muestran una reducción en el número de trabajadores y un aumento en el número de pensionados (gráfica X.1.)

El desglose de esta proyección para los pensionados vigentes a diciembre de 2016 y para los nuevos pensionados se presenta en el cuadro X.8, donde se observa lo siguiente:

i) Se estima que durante los próximos 6 años se tendrán alrededor de 16 mil nuevos jubilados y pensionados en promedio anual.

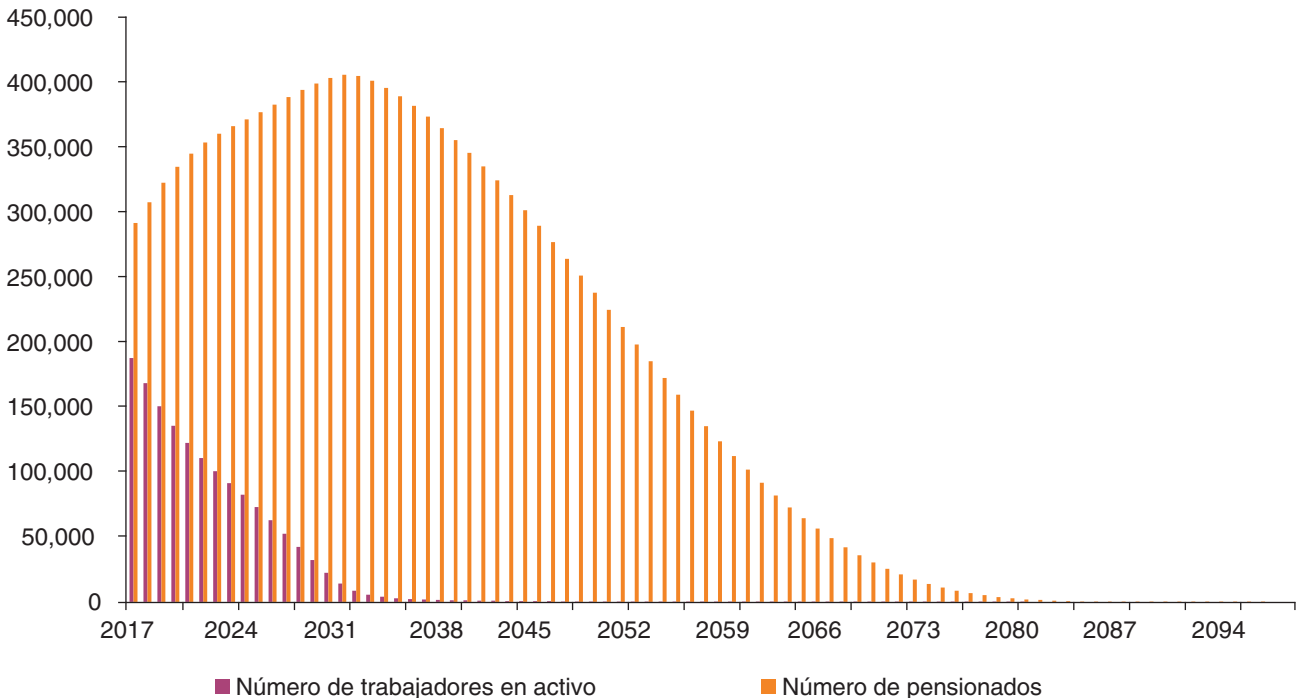
ii) Al final de 2035 se estima que habrá 396,197 jubilados y pensionados (columna j). Este conjunto se integrará por los 197,069 nuevos jubilados y pensionados que provendrán de los trabajadores en activo con derecho al Régimen de Jubilaciones y Pensiones (RJP) (columna i), y por los 199,127 jubilados y pensionados en curso de pago a diciembre de 2016 que se estima sobrevivirán a ese año (columna c).

Resultados financieros

Para mostrar la situación financiera del Régimen de Jubilaciones y Pensiones en el largo plazo se obtuvieron los siguientes resultados:

- El flujo de gasto total anual del Régimen de Jubilaciones y Pensiones.
- El flujo de gasto anual a cargo del IMSS-Asegurador.

Gráfica X.1.
Proyección del número de trabajadores y pensionados del Régimen de Jubilaciones y Pensiones



Fuente: Valuación Actuarial, Aon México Business Support, S. A. de C. V.

Cuadro X.8.
Proyección 2017-2095 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 valuados a diciembre de 2016			Nuevos pensionados provenientes de los trabajadores valuados a diciembre de 2016			Sobrevivencia de los nuevos pensionados provenientes de los trabajadores valuados a diciembre de 2016			Total de pensionados sobrevivientes al final de cada año
	Pensiones directas ^{1/}	Pensiones derivadas ^{2/}	Total	Pensiones directas ^{1/}	Pensiones derivadas ^{2/}	Total	Pensiones directas ^{1/}	Pensiones derivadas ^{2/}	Total	
	(a)	(b)	(c)=(a)+(b)	(d)	(e)	(f)=(d)+(e)	(g)	(h)	(i)=(g)+(h)	(j)=(c)+(i)
2017	246,107	27,159	273,266	18,296	323	18,619	18,296	323	18,619	291,886
2020	232,910	32,105	265,015	14,656	480	15,136	68,720	1,573	70,292	335,307
2025	208,725	40,536	249,261	8,707	798	9,505	117,811	4,702	122,512	371,773
2030	180,701	47,242	227,943	9,922	1,197	11,119	162,291	9,272	171,563	399,505
2035	148,255	50,872	199,127	1,711	1,706	3,417	181,649	15,421	197,069	396,197
2040	112,325	49,548	161,873	195	2,309	2,504	171,037	22,986	194,023	355,896
2045	75,941	41,861	117,802	81	2,950	3,031	152,978	31,093	184,071	301,873
2050	43,825	28,698	72,523	35	3,459	3,495	128,209	37,590	165,799	238,322
2055	20,410	14,620	35,030	23	3,596	3,619	98,157	39,231	137,389	172,418
2060	7,147	5,068	12,216	14	3,194	3,208	66,400	33,917	100,317	112,533
2065	1,717	1,150	2,867	7	2,328	2,335	38,155	23,307	61,462	64,330
2070	248	206	453	3	1,327	1,330	17,791	12,202	29,993	30,446
2075	17	48	65	1	557	558	6,374	4,619	10,992	11,057
2080	-	15	15	-	157	158	1,627	1,122	2,749	2,764
2085	-	5	5	-	24	24	265	141	406	411
2090	-	2	2	-	1	1	23	5	29	31
2095	-	-	-	-	-	-	1	0	1	1

^{1/} Se conforma con los pensionados de jubilación por años de servicio, cesantía en edad avanzada, vejez, invalidez e incapacidad permanente.

^{2/} Considera a los pensionados por viudez, orfandad y ascendencia valuados a diciembre de 2016, 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.

- El flujo de gasto anual a cargo del IMSS en su carácter de patrón¹³⁷ neto de aportaciones de los trabajadores.

En la gráfica X.2 se muestra la proyección del flujo de gasto anual de dicho Régimen en pesos de 2016. El área sombreada representa el flujo de gasto anual a cargo del IMSS-Patrón y las barras representan el flujo de gasto anual total del Régimen de Jubilaciones y Pensiones.

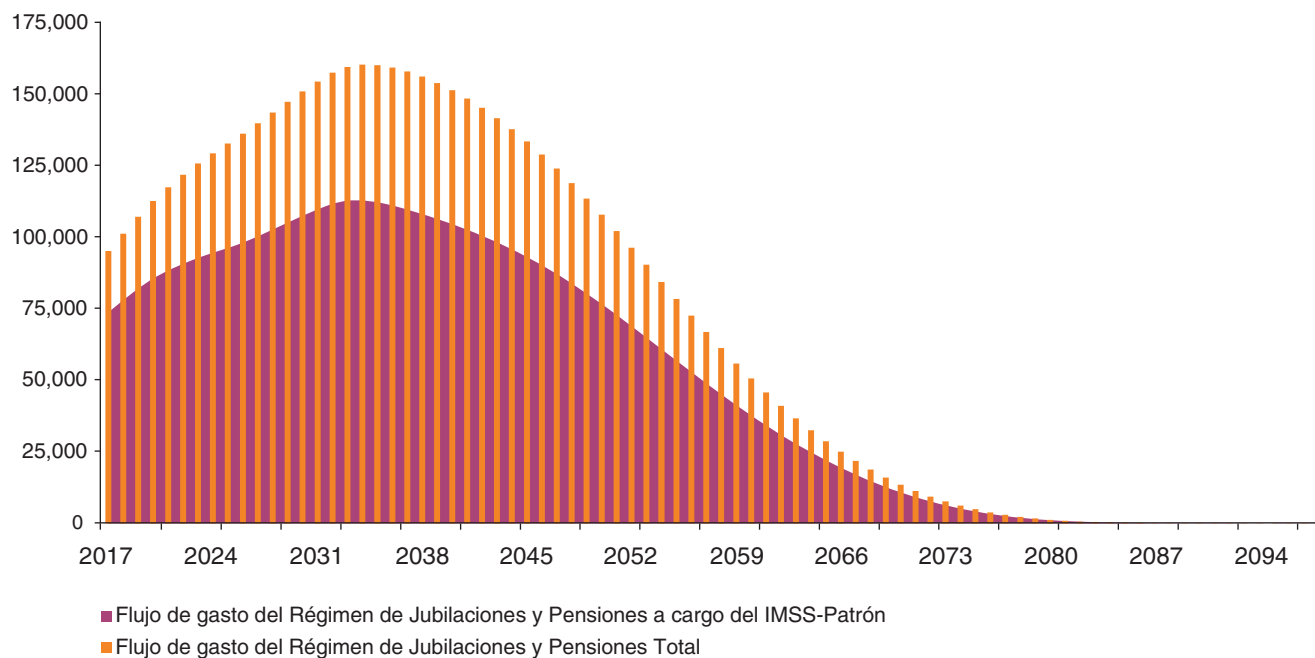
Para el año 2034 se estima que se alcanzará el mayor gasto anual total del Régimen, siendo de 160,402

millones de pesos de 2016, del cual corresponde 70% por pensiones complementarias y 30% con cargo al IMSS-Asegurador.

Aunque el pasivo laboral ya no continúa aumentando por nuevas contrataciones de trabajadores, el IMSS debe hacer frente a un flujo creciente de pagos por jubilaciones y 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.

¹³⁷ El flujo de gasto a cargo del IMSS-Patrón se obtiene de descontar al gasto total anual del Régimen de Jubilaciones y Pensiones, el gasto a cargo del IMSS-Asegurador y las aportaciones de los trabajadores.

Gráfica X.2.
Flujo de gasto anual del Régimen de Jubilaciones y Pensiones, total y a cargo del IMSS-Patrón
(millones de pesos de 2016)



Fuente: Valuación Actuarial, Aon México Business Support, S. A. de C. V.

En el cuadro X.9 se muestra el valor presente de obligaciones totales que corresponde por los jubilados y pensionados, y por los trabajadores en activo, indicando en cada caso lo siguiente:

- i) Obligaciones totales derivadas del Régimen de Jubilaciones y Pensiones, para pensionados y jubilados, para trabajadores y para el total.
- ii) Obligaciones del Régimen de Jubilaciones y Pensiones con cargo al IMSS-Asegurador, para pensionados y jubilados, para trabajadores y para el total.
- iii) Obligaciones totales del Régimen de Jubilaciones y Pensiones complementario, para pensionados y jubilados, para trabajadores y para el total.

El valor presente de obligaciones totales del Régimen de Jubilaciones y Pensiones se estima en 2.5 billones de pesos a diciembre de 2016, de los

Cuadro X.9.
Valor presente de obligaciones totales al 31 de diciembre de 2016,
por el Régimen de Jubilaciones y Pensiones
(millones de pesos de 2016)

Concepto	RJP total	IMSS Asegurador	Complemento
Jubilados y pensionados	1,530,349	388,974	1,141,374
Trabajadores activos	951,686	288,882	662,804
Total	2,482,035	677,856	1,804,179

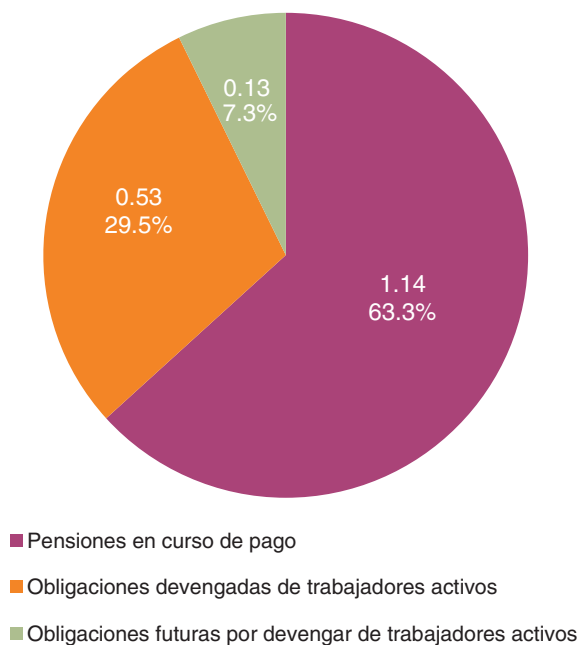
Fuente: Valuación Actuarial, Aon México Business Support, S. A. de C. V.

cuales, 1.8 billones corresponde a las pensiones complementarias¹³⁸. Dicho valor presente se determina a partir de la estimación del gasto anual por jubilaciones y pensiones, y corresponde a 276,518 jubilados y pensionados en curso de pago y a una población cerrada de 206,646 trabajadores activos.

¹³⁸ Del valor presente de obligaciones totales por pensiones complementarias (1.8 billones de pesos de 2016), 0.6% será cubierto con las aportaciones de los trabajadores (0.01 billones de pesos), y el resto estará a cargo del IMSS-Patrón (1.79 billones de pesos).

De estos 1.8 billones de pesos, 1.67 billones ya están devengados y representan 8.6% del Producto Interno Bruto de 2016. De acuerdo con la Norma de Información Financiera D-3, este valor se registra en las obligaciones por beneficios definidos, y equivalen al pasivo total menos las obligaciones que faltan por devengar por los trabajadores activos¹³⁹. Estas últimas representan únicamente 7.3% del total de las obligaciones (gráfica X.3).

Gráfica X.3.
Distribución de valor presente de obligaciones totales del Régimen de Jubilaciones y Pensiones, al 31 de diciembre de 2016
 (billones de pesos de 2016)



Nota: El valor presente de obligaciones de las pensiones en curso de pago más las obligaciones devengadas de los trabajadores activos (1.67 billones de pesos) equivalen al monto de las Obligaciones por Beneficios Definidos que se estiman de acuerdo con lo establecido en la Norma de Información Financiera D-3.

Fuente: Valuación Actuarial, Aon México Business Support, S. A. de C. V.

X.1.3. Régimen de Jubilaciones y Pensiones del Programa IMSS-PROSPERA

La incorporación de los trabajadores del Programa IMSS-PROSPERA como parte de la población considerada en la valuación actuarial del Régimen de Jubilaciones y Pensiones se debe a que a partir del Convenio celebrado el 15 de octubre de 2003 entre el IMSS y el Sindicato Nacional de Trabajadores del Seguro Social y avalado por el H. Consejo Técnico, se estableció que los beneficios contenidos en el Contrato Colectivo de Trabajo del IMSS aplican para los trabajadores del Programa IMSS-Oportunidades (ahora IMSS-PROSPERA). Esta disposición entró en vigor el 1° de enero de 2004.

Asimismo, al igual que los trabajadores del Régimen Ordinario, los trabajadores de IMSS-PROSPERA fueron sujetos de las modificaciones del Régimen de Jubilaciones y Pensiones, conforme a la reforma de la Ley del Seguro Social del 11 de agosto de 2004.

Población valuada

Para estimar el gasto por pensiones y jubilaciones correspondiente al Programa IMSS-PROSPERA se evaluaron con corte al 31 de diciembre de 2016 a las siguientes poblaciones:

- 13,328 trabajadores del Programa IMSS-PROSPERA, identificados con derecho a los beneficios establecidos en el Régimen de Jubilaciones y Pensiones¹⁴⁰, quienes tenían una edad promedio de 47 años y una antigüedad promedio de 18.4 años. El número de trabajadores respecto a los valuados a diciembre de 2015 disminuyó en 619, lo cual implica una reducción de 4.4%.

¹³⁹ Las obligaciones por beneficios definidos son las que se tienen adquiridas tanto con los pensionados en curso de pago, como con los trabajadores en activo por los servicios que estos han proporcionado desde su ingreso al IMSS hasta la fecha de valuación.

¹⁴⁰ 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.

- 6,659 jubilados y pensionados con una edad promedio de 56.8 años (cuadro X.10). Estos pensionados tenían un importe promedio de pensión mensual de 20,723 pesos¹⁴¹.

Cuadro X.10.
Jubilados y pensionados del Programa
IMSS-PROSPERA considerados
en la valuación actuarial del Régimen de Jubilaciones
y Pensiones, al 31 de diciembre de 2016

Concepto	Número de jubilados y pensionados^{1/}	Edad promedio
Pensionados directos ^{2/}	6,246	58.0
Pensionados derivados ^{3/}	413	40.1
Totales	6,659	56.8

^{1/} El número total de jubilados y pensionados a diciembre de 2016 se determinó a partir de la nómina emitida a noviembre de 2016, y de las jubilaciones y pensiones reportadas como aprobadas por la Comisión Nacional Mixta de Jubilaciones y Pensiones del IMSS en los meses de septiembre a noviembre de 2016.

^{2/} Incluye a los jubilados por años de servicio y a los pensionados por invalidez, incapacidad permanente, cesantía en edad avanzada y vejez.

^{3/} Incluye a los pensionados por viudez, orfandad y ascendencia.

Fuente: Dirección de Finanzas, IMSS.

Estimaciones de largo plazo

Resultados demográficos

La proyección del número de pensionados que se encuentran vigentes a la fecha de valuación, así como de los nuevos pensionados se muestra en el cuadro X.11. De las estimaciones demográficas se espera que en los próximos 19 años se retirarán, por motivo de pensión, aproximadamente 12,546 trabajadores adscritos a IMSS-PROSPERA (columna g), lo que equivale a 94% de la plantilla de 13,328 trabajadores con derecho al Régimen de Jubilaciones y Pensiones que se valoraron al 31 de diciembre de 2016.

Resultados financieros

Debido a que IMSS-PROSPERA es un programa federal, la parte del Régimen de Jubilaciones y Pensiones que es complementaria a la de la Ley del Seguro Social y

que está relacionada con las jubilaciones y pensiones otorgadas a los trabajadores adscritos al Programa, se cubre con las aportaciones y transferencias del Ramo 19, así como con las aportaciones que realizan los trabajadores a dicho Régimen, es decir, no se toma de los ingresos por cuotas del IMSS, porque el gasto por pensiones complementarias se cubre anualmente con recursos del Programa IMSS-PROSPERA.

Los resultados financieros indican que al 31 de diciembre de 2016 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 51,166 millones de pesos de 2016. 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 el gasto anual por las pensiones complementarias y las aportaciones de los trabajadores 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

La celebración del “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, entre el Sindicato Nacional de los Trabajadores del Seguro Social y el Instituto, evitó que se continuara incrementando el pasivo laboral a cargo del IMSS en su carácter de patrón por las nuevas contrataciones de trabajadores. Este convenio contempla un nuevo esquema de jubilaciones y pensiones para las contrataciones de trabajadores de Base y Confianza “B” realizadas por el Instituto del 16 de octubre de 2005 al 31 de julio de 2008.

¹⁴¹ El importe promedio mensual se estima a partir de la suma de la pensión mensual, más el aguinaldo mensual, más la parte proporcional del aguinaldo anual y más la parte proporcional del fondo de ahorro.

Cuadro X.11.
Proyecciones 2017-2095 de jubilados y pensionados del Programa IMSS-PROSPERA
(trabajadores que ingresaron al IMSS antes del 16 de octubre de 2005)

Proyección de jubilados y pensionados del Régimen de Jubilaciones y Pensiones											
Año de Proyección	Sobrevivencia de los pensionados en curso de pago valuados a diciembre de 2016			Nuevos pensionados provenientes de los trabajadores valuados a diciembre de 2016				Sobrevivencia de los nuevos pensionados provenientes de los trabajadores valuados a diciembre de 2016			Total de pensionados sobrevivientes al final de cada año
	Pensiones directas ^{1/}	Pensiones derivadas ^{2/}	Total	Pensiones directas ^{1/}	Pensiones derivadas ^{2/}	Total por año	Total acumulado directas	Pensiones directas ^{1/}	Pensiones derivadas ^{2/}	Total	
	(a)	(b)	(c)=(a)+(b)	(d)	(e)	(f)=(d)+(e)	(g)	(h)	(i)	(j)=(h)+(i)	(k)=(c)+(j)
2017	6,201	402	6,604	704	19	723	704	704	19	723	7,326
2020	6,048	442	6,490	844	28	872	3,215	3,194	92	3,286	9,776
2025	5,711	608	6,320	694	47	741	7,370	7,216	275	7,491	13,810
2030	5,236	845	6,082	605	72	676	10,683	10,234	548	10,782	16,864
2035	4,585	1,084	5,669	221	103	324	12,546	11,584	923	12,507	18,176
2040	3,743	1,246	4,989	22	142	164	12,958	11,208	1,391	12,599	17,588
2045	2,756	1,235	3,991	4	184	187	13,003	10,113	1,906	12,019	16,011
2050	1,748	990	2,738	2	221	223	13,015	8,569	2,347	10,916	13,653
2055	894	578	1,472	1	236	238	13,023	6,642	2,506	9,148	10,620
2060	338	212	550	1	216	217	13,028	4,536	2,207	6,743	7,293
2065	84	45	128	-	161	161	13,031	2,601	1,489	4,091	4,219
2070	12	7	19	-	91	91	-	1,178	693	1,870	1,889
2075	1	1	2	-	36	36	-	390	194	584	585
2080	-	-	-	-	8	8	-	86	26	112	112
2085	-	-	-	-	1	1	-	11	1	12	12
2090	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1	1
2095	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

^{1/} Incluye jubilados por años de servicio y pensionados por cesantía en edad avanzada, vejez, invalidez e incapacidad permanente.

^{2/} Incluye a los pensionados por viudez, orfandad y ascendencia valuados al 31 de diciembre de 2016, y para las proyecciones de nuevos pensionados sólo se considera viudez.

Fuente: Valuación Actuarial, Aon México Business Support, S. A. de C. V.

La entrada en vigor del Convenio de 2005 modifica, para los trabajadores contratados a partir del 16 de octubre de 2005 y hasta el 31 de julio de 2008, 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 que se establecía en el Régimen de Jubilaciones y Pensiones, a 34 (mujeres)/35 (hombres) años de antigüedad y 60 años de edad bajo el Convenio de 2005.

Al igual que en el Régimen de Jubilaciones y Pensiones, los beneficios por pensiones que se establecen en el Convenio de 2005 tienen dos componentes: el que se determina conforme a lo que

establece la Ley del Seguro Social, y la denominada pensión complementaria, que se define por la diferencia que resulta entre la pensión que otorga el Convenio de 2005 y la que se determina conforme a la Ley del Seguro Social.

Por lo anterior, los recursos para el financiamiento de los importes complementarios de las jubilaciones y pensiones derivadas del Convenio de 2005 provienen de las aportaciones que realizan los trabajadores y que de acuerdo con lo que establece dicho Convenio son:

- i) Las aportaciones que realizan los trabajadores en activo de Base y Confianza con fecha de

contratación hasta el 15 de octubre de 2005, equivalentes a 7% del salario base y del fondo de ahorro.

- ii) Las aportaciones que realizan los trabajadores en activo contratados con derecho a los beneficios del Convenio de 2005, equivalentes a 10% del salario base y del fondo de ahorro.

Bajo este esquema, el IMSS no destina recursos financieros para el pago de las jubilaciones y pensiones complementarias del Convenio de 2005, con lo que se da cumplimiento a las disposiciones establecidas en los Artículos 277 D y 286 K de la Ley del Seguro Social.

Las aportaciones que realizan los trabajadores para el financiamiento del Convenio de 2005 y sus rendimientos constituyen la cuenta especial denominada Subcuenta 2 del Fondo para el Cumplimiento de Obligaciones Laborales de Carácter Legal o Contractual (Subcuenta 2 del Fondo Laboral), cuyos recursos se mantienen independientes de la Subcuenta 1 del Fondo Laboral, que corresponde a las reservas que el IMSS constituyó en el pasado para financiar el plan de pensiones del Régimen de Jubilaciones y Pensiones de los trabajadores contratados hasta el 15 de octubre de 2005.

Al 31 de diciembre de 2016, el saldo de la Subcuenta 2 del Fondo Laboral asciende a 52,785 millones de pesos. En el cuadro X.12 se muestran los movimientos de la Subcuenta 2 del Fondo Laboral durante 2016.

Cuadro X.12.
Saldo acumulado en la Subcuenta 2 del Fondo Laboral, al 31 de diciembre de 2016
(millones de pesos corrientes)

Saldo a diciembre de 2015	44,129
Aportaciones de los trabajadores	4,939
Productos financieros	3,716
Partidas en conciliación	0.001
Saldo a diciembre de 2016	52,785

Fuente: Dirección de Finanzas, IMSS.

Desde 2006 el Instituto ha contratado anualmente los servicios profesionales de un despacho actuarial externo para que realice el 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, es decir, que se guarde actuarialmente un equilibrio entre el valor presente de los activos y de los pasivos.
- 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.

En el cuadro X.13 se muestra el esquema de contribuciones para plan de pensiones que se establece en el Convenio de 2005, así como los requisitos para jubilación y pensión por cesantía en edad avanzada.

Los resultados que se presentan en este apartado son los que corresponden al “Estudio Actuarial para Medir la Suficiencia Financiera de la Subcuenta 2 del Fondo Laboral al 31 de diciembre de 2016”¹⁴². Las hipótesis demográficas y financieras utilizadas para las estimaciones del escenario base se detallan en el Anexo E de este Informe.

¹⁴² El estudio actuarial fue realizado por el despacho Lockton México, Agente de Seguros y de Fianzas, S. A. de C. V.

Cuadro X.13.

Contribuciones y requisitos establecidos para poder otorgar a los trabajadores que se contrataron bajo el Convenio de 2005 los beneficios de una jubilación por años de servicio o una pensión por cesantía en edad avanzada

Concepto	Trabajadores contratados bajo el esquema del:	
	Régimen de Jubilaciones y Pensiones (RJP) ^{1/}	Convenio de 2005 ^{2/}
Contribuciones de los trabajadores		
a) Para el RJP	3% del salario base y del fondo de ahorro	
b) Para el Convenio de 2005 ^{3/}	7% del salario base y del fondo de ahorro	10% del salario base y del fondo de ahorro
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, 21 y 22 del RJP.	El monto de la pensión se calcula conforme a lo establecido en los Artículos 5, 7, 21 y 22 del RJP.
b) Pensión por cesantía en edad avanzada		
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 el RJP en los Artículos 5, 6, 7, 21 y 22, y aplicando la Tabla A del Artículo 4.	El monto de la pensión se calcula conforme a lo establecido en los Artículos 5, 7, 21 y 22 del RJP, y aplicando la Tabla A de la Cláusula 6 del Convenio de 2005.

^{1/}Trabajadores de Base y Confianza que ingresaron al IMSS antes del 16 de octubre de 2005.

^{2/}Trabajadores de Base y Confianza "B" que ingresaron al IMSS a partir del 16 de octubre de 2005 y hasta el 31 de julio de 2008.

^{3/}Se anotan los porcentajes de las aportaciones que se encuentran vigentes a partir del 16 de octubre de 2011.

Fuente: Dirección de Finanzas, IMSS.

Población valuada

El estudio a diciembre de 2016 consideró un total de 41,443 trabajadores y 402 pensionados. De estos últimos, 125 son pensionados directos y 277 son beneficiarios por viudez, orfandad y ascendencia.

Resultados del estudio actuarial

Para llevar a cabo el análisis de la situación financiera del plan de pensiones que se establece en el Convenio de 2005, se realiza el cálculo del gasto anual de los pagos esperados por pensiones complementarias, los cuales ya tienen descontados los pagos por pensiones que corresponden a la seguridad social. Asimismo, se efectúa la estimación de las aportaciones anuales de los trabajadores.

A partir de la estimación del gasto anual y de las contribuciones se determinan los valores presentes de los pasivos y de los activos, los cuales implícitamente consideran una tasa de rendimiento. En el Balance Actuarial se muestran los resultados con una tasa de rendimiento de 3.7% real anual. Estos resultados se presentan en el cuadro X.14 relativo al balance actuarial de la Subcuenta 2 del Fondo Laboral, al 31 de diciembre de 2016.

El Balance Actuarial muestra que se guarda un equilibrio entre los activos y los pasivos del plan de pensiones; no obstante, el equilibrio está condicionado a que se cumplan los supuestos considerados en el estudio actuarial.

Cuadro X.14.
Balance actuarial de la Subcuenta 2 del Fondo Laboral, al 31 de diciembre de 2016,
descontadas las obligaciones de la seguridad social
(millones de pesos)

Activo		Pasivo	
Saldo a diciembre de 2016 de la Subcuenta 2 del Fondo Laboral	52,785	VPOT ^{3/} por los trabajadores incorporados bajo el Convenio de 2005	92,502
Subtotal VPFA ^{1/} de los trabajadores	40,530	VPOT ^{3/} por los pensionados en curso de pago bajo el Convenio de 2005	213
Déficit/(Superávit) actuarial ^{2/}	-600		
Total activo	92,715	Total pasivo	92,715

^{1/} VPFA: Valor presente de futuras aportaciones.

^{2/} La tasa de rendimiento requerida para garantizar la suficiencia financiera es de 3.7%, la cual es equivalente a la meta institucional.

^{3/} VPOT: Valor presente de obligaciones totales.

Fuente: Estudio Actuarial de la Subcuenta 2 del Fondo Laboral, Lockton.

Debido a que la suficiencia financiera de la Subcuenta 2 del Fondo Laboral depende de la pensión complementaria que se determine, se consideran como posibles factores de riesgo los supuestos que se utilizan para determinar las pensiones de la seguridad social y de manera específica, los importes de pensión que pudieran obtener al momento del retiro bajo la Ley del Seguro Social vigente. Estos factores de riesgo corresponden a la tasa de rendimiento real de la Subcuenta de Retiro, Cesantía en Edad Avanzada y Vejez, así como que al momento del retiro no se cuente con saldo en la Subcuenta de Vivienda por haber ejercido sus recursos para la adquisición de una vivienda o, en su caso, que la tasa de descuento que se utilice para el cálculo de una renta vitalicia con una compañía aseguradora sea menor a la utilizada en el estudio actuarial.

El esquema de pensiones definido en el Convenio de 2005 es más sensible a estos factores de riesgo que el Régimen de Jubilaciones y Pensiones, debido a que la mayoría de los trabajadores con derecho a los beneficios de este convenio tienen fecha de afiliación posterior a julio de 1997 y accederán a los beneficios por pensión que se establecen bajo la Ley del Seguro

Social vigente. De tal forma que, en el momento de alcanzar la edad de retiro, la pensión de la Ley estará en función del saldo acumulado en la cuenta individual del trabajador y, en su caso, del costo de adquisición de la renta vitalicia.

Para medir el impacto que se tendría al acumular un menor saldo en la cuenta individual, se realizó un escenario alternativo en el que se modifica la tasa de rendimiento real anual de la Subcuenta de Retiro, Cesantía en Edad Avanzada y Vejez de 4% a 3.5% y además se consideró que al momento del retiro no se cuenta con recursos en la Subcuenta de Vivienda.

Bajo el escenario alternativo se estima un pasivo por pensiones complementarias de 100,101 millones de pesos, el cual no se alcanzaría a cubrir con las aportaciones de los trabajadores invertidas a una tasa de 3.7% real anual. Ante esta situación y con el propósito de garantizar la suficiencia financiera de la Subcuenta 2 del Fondo Laboral se requeriría una tasa de rendimiento real anual de este fondo de 3.9%, en lugar de 3.7%.

X.3. Contingencias de carácter litigioso

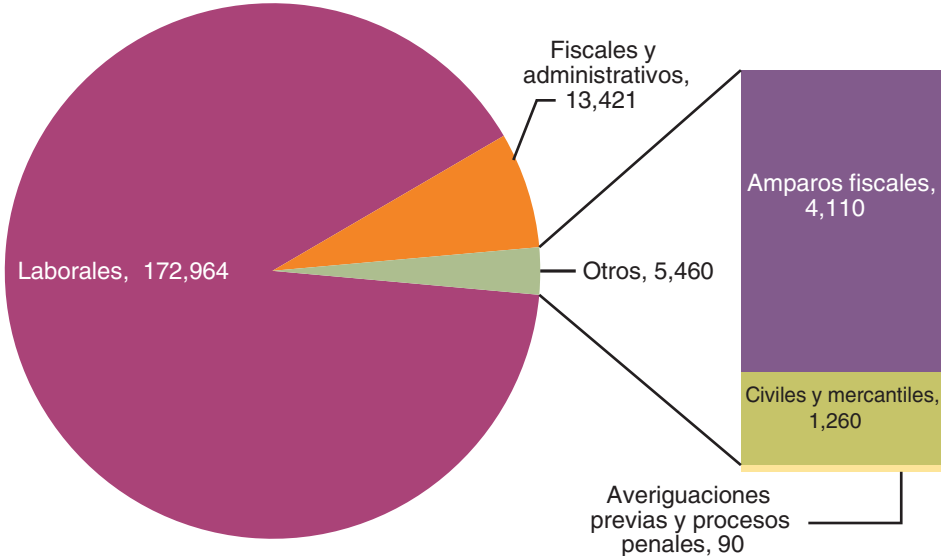
En esta sección se detalla la composición de la contingencia por juicios en los que el IMSS es parte, así como las acciones de mejora que se llevaron a cabo en 2016.

El IMSS es un organismo público descentralizado con personalidad jurídica y patrimonio propios, que tiene a su cargo la organización y administración del Seguro Social en los términos consignados en la Ley del Seguro Social; asimismo, tiene el carácter de organismo fiscal autónomo, por lo que actúa de manera simultánea como ente asegurador, órgano recaudador, prestador de servicios y patrón. Dada la naturaleza de los diversos actos que emite y los servicios que presta, el Instituto enfrenta múltiples juicios y procedimientos, administrativos, laborales, civiles, mercantiles y penales ante los juzgados y tribunales del país y ante diversas autoridades administrativas. Estos juicios y procedimientos, en su mayoría, generan un pasivo

contingente al Instituto, que de llegar a resolverse en contra de los intereses institucionales implicaría erogar las cantidades demandadas e incluso superiores, porque hay acciones que por su naturaleza y por el transcurso del tiempo van generando un pasivo superior al reclamado.

Al 31 de diciembre de 2016, el IMSS tenía un total de 191,845 juicios en trámite, de los cuales 90.2% eran de carácter laboral, 7% de carácter administrativo, que incluyen juicios por actos que emite el IMSS en su carácter de organismo fiscal autónomo, así como en los que se reclama la responsabilidad patrimonial del Estado, principalmente; 2.1% eran juicios de amparo administrativos, 0.6% de carácter civil y mercantil, y 0.1% de averiguaciones previas y procesos penales (gráfica X.4). Es importante mencionar que en 2016 se registró un decremento de 2.7% de juicios en trámite respecto a 2015, año en que se registraron 197,244 juicios, lo que equivale a 5,399 juicios menos en contra del IMSS.

Gráfica X.4.
Asuntos en trámite por tipo de proceso, a diciembre de 2016
 (juicios)



Fuente: Dirección Jurídica, IMSS.

Los 172,964 asuntos en materia laboral se desglosan por 4 tipos de actor: 109,236 de asegurados; 51,796 de trabajadores; 11,884 de personas físicas, y 48 de patrones, como se muestra en la gráfica X.5.

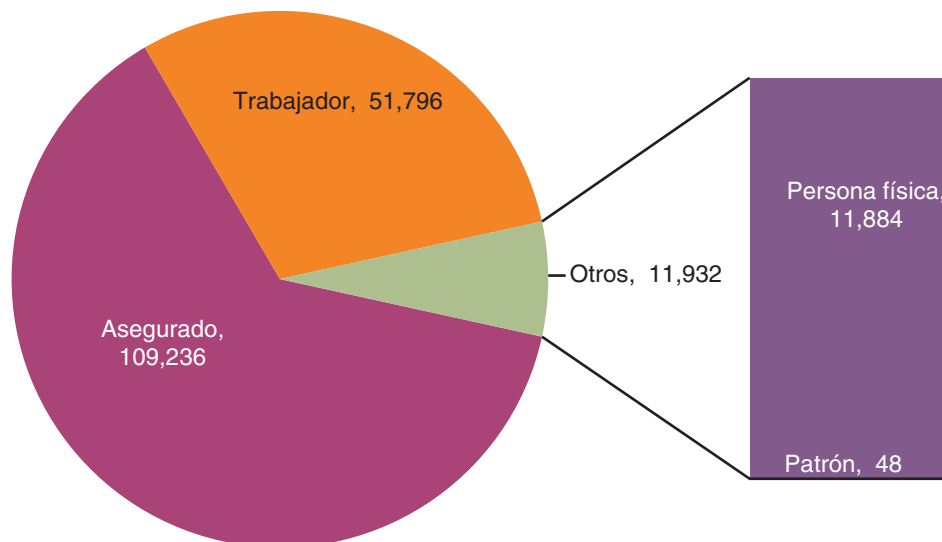
De los 191,845 juicios en trámite, la mayoría de ellos representan un pasivo contingente para el Instituto, el cual para 2016 ascendió a 35,083 millones de pesos, mismo que se integra de la siguiente manera: 23,610 millones de pesos derivado de juicios laborales; 8,255 millones de pesos por juicios contenciosos administrativos; 30 millones de pesos por juicios de amparo administrativos; 3,165 millones de pesos derivado de juicios civiles, y 23 millones de pesos por averiguaciones previas. El total del pasivo contingente fue 8.9% inferior respecto a 2015, disminución que se explica en la gráfica X.6.

Entre las medidas implementadas por la Dirección Jurídica para disminuir el número de juicios y el monto del pasivo contingente, así como fortalecer las

acciones de defensa jurídica, destacan las siguientes acciones que se realizaron durante 2016:

- i) Colaboración con las áreas del Instituto para fortalecer desde el punto de vista jurídico la emisión y notificación de los actos del Instituto.
- ii) Difusión entre el personal de la Dirección Jurídica y de las demás áreas del Instituto de los criterios emitidos por la Suprema Corte de Justicia de la Nación, con la finalidad de homologar en lo posible la actuación institucional, así como reforzar los mecanismos de defensa institucional.
- iii) Clasificación de los juicios, en razón de la cuantía, relevancia o trascendencia.
- iv) Reforzamiento del litigio ante las Juntas de Conciliación y Arbitraje, Juzgados y Tribunales del país.
- v) Se implementó el programa nacional “Cero Despidos Injustificados” el cual consiste prioritariamente en la capacitación a los Jefes de Servicios Jurídicos y departamentos

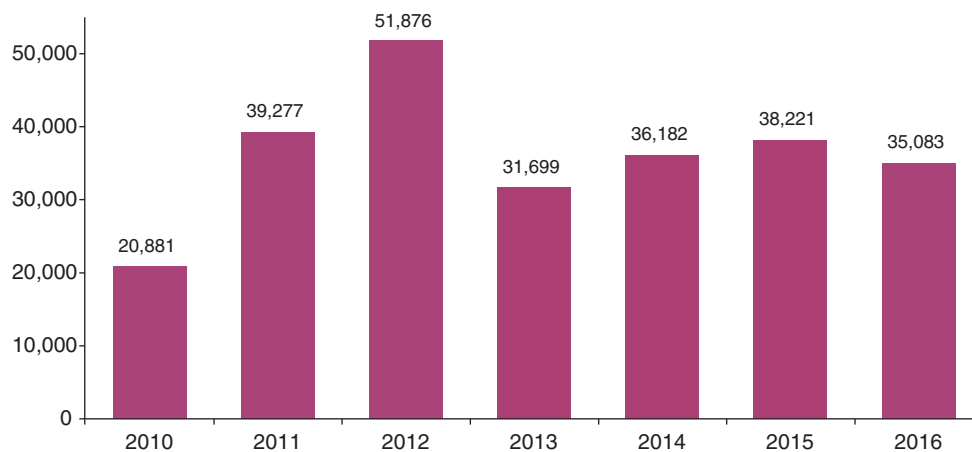
Gráfica X.5.
Asuntos laborales en trámite por tipo de actor, a diciembre de 2016
(juicios)



- Asegurado: Trabajador o sujeto de aseguramiento inscrito ante el Instituto en términos de la Ley del Seguro Social.
- Trabajador: Es la persona física que presta a otra, física o moral, un trabajo personal subordinado.
- Persona física: Son aquellos actores que aun habiendo prestado sus servicios para cualquier patrón —incluso el propio IMSS—, no fueron dados de alta ante el Instituto, por lo que no cuentan con Número de Seguridad Social ni matrícula; sin embargo, demandan el pago o cumplimiento de alguna prestación.
- Patrón: Persona física o moral que cuenta con tal carácter en términos de la Ley Federal del Trabajo o la Ley del Seguro Social; este tipo de actores únicamente podrían demandar o llamar como tercero interesado al IMSS en asuntos de tipo colectivo.

Fuente: Dirección Jurídica, IMSS.

Gráfica X.6.
Evolución de pasivos contingentes, diciembre 2010-2016
(millones de pesos)



Fuente: Dirección Jurídica, IMSS.

administrativos que conforman cada una de las direcciones normativas, en los mecanismos de terminación de contratación; dicho programa llevó a la disminución de demandas de este tipo.

- vi) También se implementó la celebración de convenios como medios alternativos para solucionar las controversias que se susciten con los particulares, con lo cual se logró disminuir el pasivo contingente.
- vii) Control y seguimiento de los asuntos radicados ante la Suprema Corte de Justicia de la Nación, incluido el litigio con las y los Ministros del más alto tribunal de nuestro país, a fin de exponer los argumentos de defensa institucionales de manera personal.

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:

- i) Se continuó con un mecanismo de regularización de notificaciones pendientes de realizarse, en particular por parte de las Juntas de Conciliación y Arbitraje en todo el país. Gracias a este programa, sólo en ese año, se notificaron

11,369 laudos en primera instancia y 10,743 laudos firmes que debido a las cargas de trabajo existente en las Juntas, tenían en algunos casos más de 10 años pendientes de notificarse.

- ii) Este esquema impactó negativamente en los resultados de los juicios laborales notificados que gana el Instituto; sin embargo, es una medida que en un mediano plazo corregirá de fondo uno de los problemas más profundos del IMSS en materia de juicios laborales, al evitar que se siga acumulando el pasivo de manera indiscriminada, dado que los salarios caídos y, en su caso, los intereses, se generan hasta en tanto no se dé cumplimiento a la condena de reinstalación o pago de indemnización constitucional.
- iii) No obstante, existen datos alentadores hacia adelante en materia de juicios laborales a cargo del Instituto. Según datos del Sistema de Seguimiento de Casos, el IMSS obtuvo 55.1% de juicios ganados en materia laboral, 6.9% más de juicios ganados que en el año 2015, que fue de 48.2%.
- iv) Se fortaleció la colaboración entre las áreas competentes y se actualizó la normatividad interna, con el fin de procurar la atención

adecuada y coordinada de los juicios y procedimientos en materia administrativa.

- v) En el año que se reporta se obtuvo nuevo criterio favorable emitido por la Segunda Sala de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, en relación con el régimen fiscal del Instituto, criterio que confirma el obtenido en 2015 en el mismo sentido, al resolver el juicio de amparo directo en revisión en el que dicha Sala de nuestro Máximo Tribunal determinó que el Instituto no está sujeto al pago de Impuesto Sobre Nóminas; criterio que tiene que seguir defendiéndose ante los órganos jurisdiccionales.

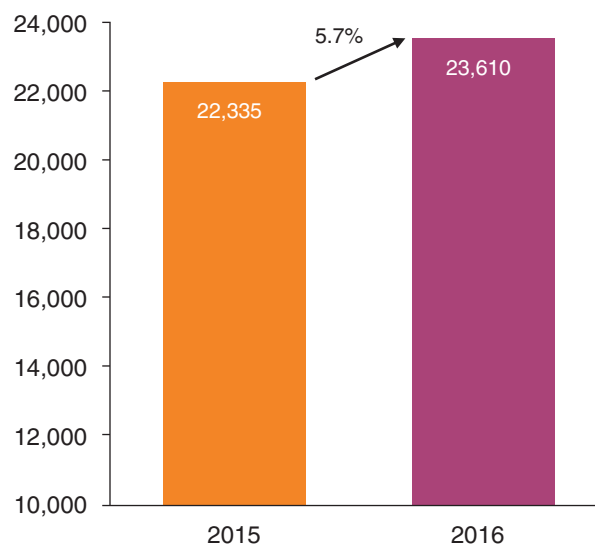
X.3.1. Contingencias en juicios laborales

En el ámbito laboral, el Instituto es susceptible de recibir demandas en su carácter de ente asegurador o como patrón. Las primeras se generan por el ejercicio de los derechos que 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 a los trabajadores del propio Instituto. 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, vejez, viudez y orfandad; mientras que en su calidad de patrón, las demandas más recurrentes que recibe el Instituto versan sobre, finiquitos, jubilaciones, indemnizaciones, reinstalaciones y reconocimientos de antigüedad.

En 2016 el IMSS contaba con un total de 172,964 juicios laborales, de los cuales 118,099 constituyen asuntos de pasivo contingente, cuyo monto ascendió a 23,610 millones de pesos, 5.7% mayor respecto a 2015 (gráfica X.7).

Gráfica X.7.
Comparativos pasivos contingentes, juicios laborales,
diciembre de 2015 y 2016
(millones de pesos)



Fuente: Dirección Jurídica, IMSS.

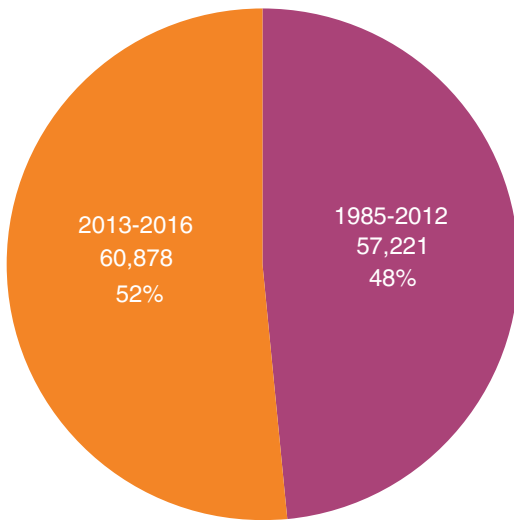
A fin de continuar con la contención y disminución del pasivo contingente en juicios laborales, en 2016 se implementaron 5 estrategias: i) depuración de la cartera de juicios en trámite; ii) continuación con el fortalecimiento jurídico de los actos que emite el IMSS; iii) reforzamiento del litigio ante la Junta Federal de Conciliación y Arbitraje y el Poder Judicial Federal; iv) cero despidos injustificados, y v) Convenios.

Depuración de la cartera de juicios

La cartera de juicios en materia laboral se ha ido acumulando a lo largo de varios años, situación que se corrobora en el total de asuntos con pasivo que se encuentran en trámite a diciembre de 2016 en materia laboral, 48% o más de 57 mil demandas fueron iniciadas antes de 2013, tal como se ve en la gráfica X.8.

La carga de trabajo existente en las Juntas generó rezago en la emisión de laudos y por consiguiente en su notificación, situación que afecta al Instituto en cuanto a los juicios desfavorables, dado que la condena de salarios caídos y, en su caso, los intereses, ha generado que el pasivo contingente aumente anualmente.

Gráfica X.8.
Juicios laborales en trámite con pasivo contingente, a diciembre de 2016, iniciados en 1985-2012 e iniciados durante la gestión 2013-2016
 (asuntos)



Fuente: Dirección Jurídica, IMSS.

En 2016 se notificaron aproximadamente 25 mil laudos en primera instancia y firmes. Del análisis a las notificaciones realizadas en 2016 se obtuvieron las siguientes cifras:

- i) 13,014 laudos en primera instancia, de los cuales 56% corresponden a asuntos iniciados antes de 2013.
- ii) 12,571 laudos en segunda instancia, y 57% se trata de juicios iniciados antes de 2013.

En la gráfica X.9 se desglosan las notificaciones de 2016 por el año en que iniciaron los juicios:

Este esquema de regularización de notificaciones en el corto plazo impacta negativamente en el porcentaje de asuntos ganados por el Instituto; sin embargo, esta medida permite tener un mejor control de la cartera litigiosa del IMSS.

El porcentaje de asuntos ganados en 2016 se muestra en la gráfica X.10.

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.

En 2016 se continuó con las mesas de trabajo conjuntas entre las Direcciones de Prestaciones Económicas y Sociales, Incorporación y Recaudación, Prestaciones Médicas y Jurídica, a fin de corregir 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.

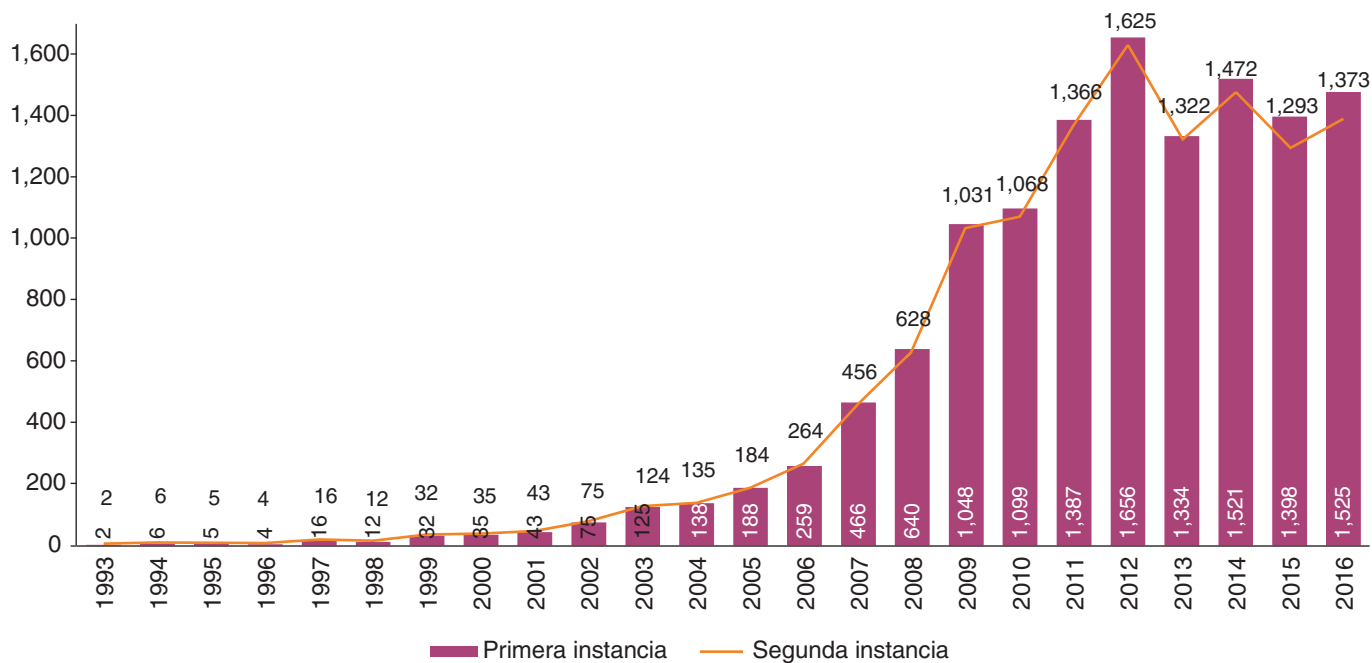
Las acciones implementadas por esta Administración han dado resultados positivos, al presentar una disminución de las nuevas demandas promovidas en contra del Instituto. En 2016 se mantuvo la tendencia a la baja en la promoción de demandas con relación a 2012, al presentar una disminución de 13.2% (gráfica X.11).

Estos resultados si bien son alentadores, no son definitivos. El reto es mayor y los resultados definitivos se verán a mediano y largo plazos. Existen áreas de oportunidad en el fortalecimiento de distintos actos que son comúnmente impugnados, tales como:

- i) Pensiones de invalidez y enfermedad profesional.
- ii) Incapacidad parcial permanente.
- iii) Pago correcto de pensión.
- iv) Pensión por cesantía en edad avanzada.
- v) Pensión por viudez.
- vi) Pensión por vejez.

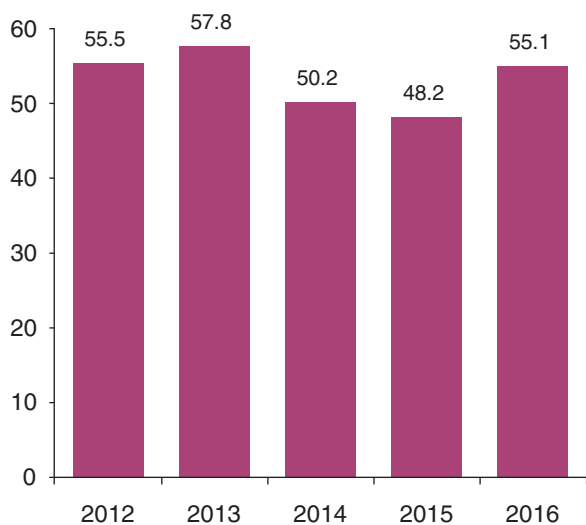
En la medida que estos actos han sido reforzados jurídicamente, se disminuyeron las demandas y el

Gráfica X.9.
Laudos primera instancia y firmes 2016
 (asuntos)



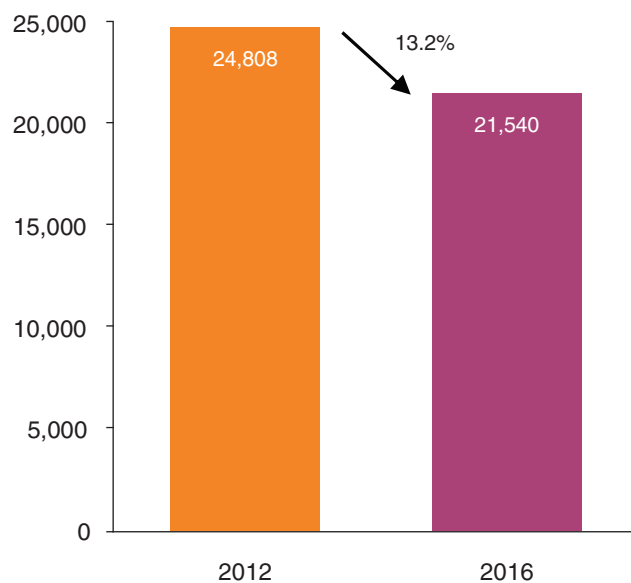
Fuente: Dirección Jurídica, IMSS.

Gráfica X.10.
Laudos favorables en primera instancia, con pasivo contingente, diciembre de 2012 a diciembre de 2016
 (porcentaje)



Fuente: Dirección Jurídica, IMSS.

Gráfica X.11.
Demandas laborales notificadas, que representan pasivo contingente, diciembre de 2012 a diciembre de 2016
 (asuntos)



Fuente: Dirección Jurídica, IMSS.

pasivo contingente, en beneficio del Instituto y de los propios derechohabientes.

Como se puede observar, la materia laboral sigue siendo uno de los retos más grandes, tanto por el número de juicios como por el monto de pasivo contingente que representa.

En 2017, se continuará con el fortalecimiento jurídico de los actos que emite el IMSS en su calidad de patrón y ente asegurador, de acuerdo con los criterios emitidos por las autoridades laborales y el Poder Judicial, a fin de generar mayor certeza y evitar un incremento en la presentación de nuevas demandas.

Para 2017, 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 los 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.

Otra de las estrategias para el fortalecimiento de la defensa de los juicios promovidos contra el Instituto se centra en la aplicación de la Tesis de Jurisprudencia 2a./J. 28/2016 (10a.), SALARIOS CAÍDOS. LA REFORMA AL ARTÍCULO 48, PÁRRAFO SEGUNDO, DE LA LEY FEDERAL DEL TRABAJO, DE 30 DE NOVIEMBRE DE 2012, NO TRANSGREDE EL PRINCIPIO DE PROGRESIVIDAD NI ES VIOLATORIA DE DERECHOS HUMANOS.

Su aplicación permitirá disminuir la condena a salarios caídos, reduciendo el pasivo laboral del Instituto.

Reforzamiento del litigio ante la Junta Federal de Conciliación y Arbitraje y el Poder Judicial Federal

Para el fortalecimiento de la defensa de los juicios promovidos contra el Instituto se ha implementado la aplicación de la Tesis de Jurisprudencia 2a./J. 17/2015 (10a.), CONVENIO LABORAL SANCIONADO POR LA JUNTA DE CONCILIACIÓN Y ARBITRAJE. ES IMPROCEDENTE EL PLANTEAMIENTO DE NULIDAD FORMULADO EN SU CONTRA CUANDO EL TRABAJADOR ADUCE RENUNCIA DE DERECHOS (ABANDONO DE LAS JURISPRUDENCIAS 2a./J. 105/2003, 2a./J. 162/2006, 2a./J. 195/2008 Y 2a./J. 1/2010).

La aplicación de esta Tesis permitirá aumentar la emisión de laudos absolutorios para el Instituto en todos aquellos asuntos promovidos a partir del 13 de abril de 2015, donde se reclame la nulidad de cualquier tipo de convenio, ya sea jubilatorio o de liquidación o de cualquier otro que haya sido sancionado por la Junta Federal de Conciliación y Arbitraje.

Cero despidos injustificados

De 2012 al cierre de 2016, se tienen registradas 8,894 demandas a nivel nacional, cuya acción principal demandada es la reinstalación o indemnización constitucional por despido injustificado, las cuales en pasivo contingente equivalen a 7,363 millones de pesos.

En cuanto al monto reclamado, dichas demandas corresponden a 31% de la contingencia laboral total del Instituto.

Como medida preventiva para evitar que la contingencia laboral se incremente por la presentación de nuevas demandas, se implementó el programa nacional “Cero Despidos Injustificados”.

Convenios

Derivado de las múltiples demandas que se generaron por parte de ex trabajadores que reclaman los conceptos 32 y 33, previo a marzo de 2015 y al obtener laudos condenatorios, es por lo que se determinó, siempre y cuando fuese procedente, realizar convenios con los actores para efectos de disminuir las cargas de trabajo.

Dichos convenios atenderán lo establecido en el decreto presidencial publicado el 29 de abril de 2016 en el Diario Oficial de la Federación, “Decreto por el que se establecen las acciones administrativas que deberá implementar la Administración Pública Federal para llevar a cabo la conciliación o la celebración de convenios o acuerdos previstos en las leyes respectivas como medios alternativos de solución de controversias que se susciten con los particulares”.

X.3.2. Contingencias en juicios administrativos y fiscales

El IMSS enfrenta juicios contenciosos administrativos derivados de actos emitidos en su carácter de organismo fiscal autónomo, en los que generalmente se impugnan las cuotas obrero-patronales determinadas por este Instituto, contribuciones que no han ingresado a su patrimonio y que no implican un pasivo contingente, así como juicios derivados de los actos administrativos que lleva a cabo en su carácter de organismo público descentralizado o ente asegurador; asimismo, el Instituto promueve juicios administrativos al ver afectados sus intereses, principalmente en contra de la determinación de créditos y actos de

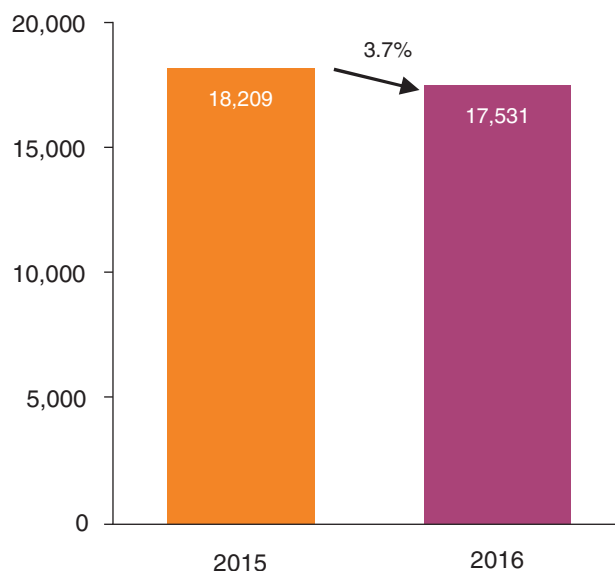
ejecución a través de los cuales se pretende exigir el pago de impuestos, derechos y multas.

De los 191,845 juicios en trámite, 17,531 son de naturaleza administrativa, es decir, 7% son juicios contenciosos administrativos y 2.1% son amparos administrativos (gráfica X.12).

El número de juicios en contra del IMSS que se encontraban en trámite o pendientes de resolverse en 2016 disminuyó respecto a 2015 en 733 juicios, es decir, 3.7%. En 2015, el número de juicios en trámite fue de 18,209.

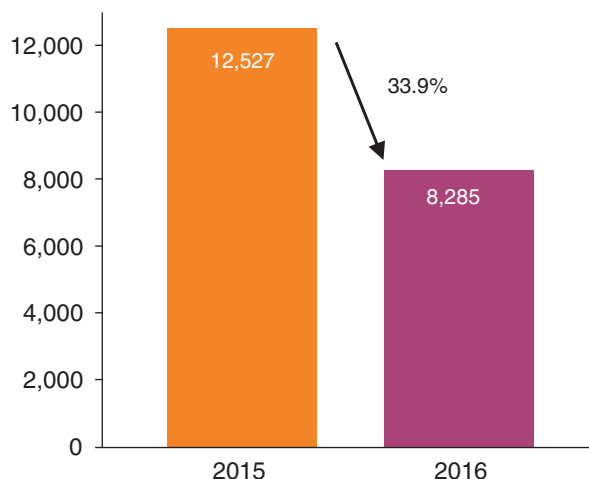
Al cierre de 2016, el pasivo contingente del IMSS fue de 8,285 millones de pesos, lográndose una disminución de 4,242 millones de pesos, respecto del pasivo registrado en 2015 (gráfica X.13); de este resultado destaca lo siguiente:

Gráfica X.12.
Comparativos pasivos contingentes, juicios contenciosos administrativos, diciembre de 2015 y 2016
(asuntos)



Fuente: Dirección Jurídica, IMSS.

Gráfica X.13.
Comparativos pasivos contingentes, juicios
contenciosos administrativos, diciembre de 2015 y 2016
 (millones de pesos)



Fuente: Dirección Jurídica, IMSS.

Como acción de mejora en la tramitación de los juicios promovidos por este Instituto, en contra de créditos fiscales por concepto de impuestos sobre nóminas, se buscará aplicar el criterio favorable al IMSS, emitido por la Suprema Corte de Justicia de la Nación, en el sentido de que en términos de lo dispuesto en el Artículo 254 de la Ley del Seguro Social, el Instituto Mexicano del Seguro Social, sus dependencias y servicios, no serán sujetos de contribuciones federales, estatales y municipales.

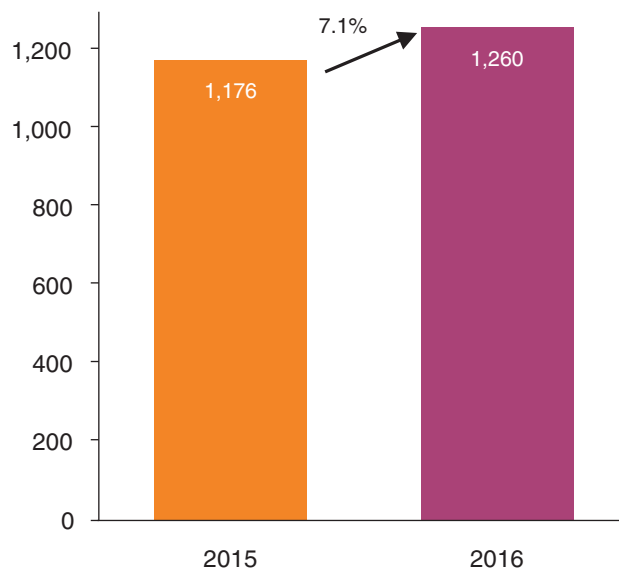
X.3.3. Contingencias en juicios civiles y mercantiles

Al 31 de diciembre de 2016 se tenían en trámite 1,260 juicios civiles y mercantiles en los que el IMSS es parte, derivados principalmente del incumplimiento de los términos pactados en los contratos suscritos

en materia de obra pública, contratación de servicios y para la adquisición de medicamentos, material de curación y equipo médico, de los cuales 633 juicios implican un pasivo contingente de 3,165 millones de pesos (gráficas X.14 y X.15).

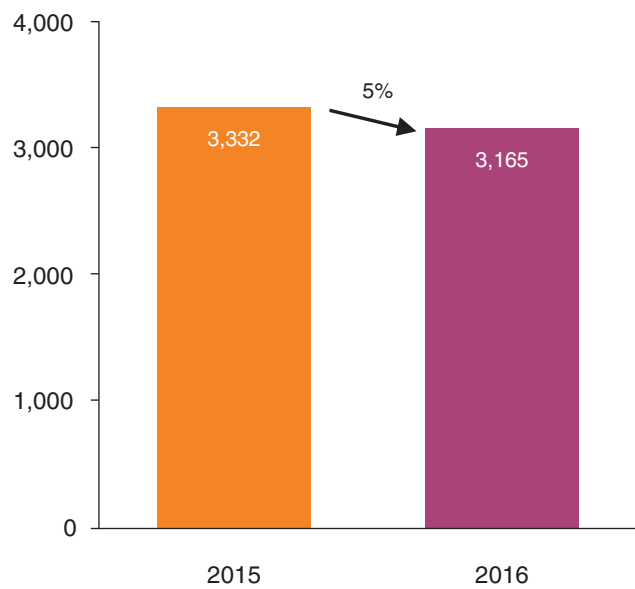
Con la finalidad de abatir los juicios civiles y mercantiles en los que el IMSS es parte, se implementaron medidas encaminadas a reforzar el trabajo coordinado con las áreas generadoras de los juicios para una debida integración de los expedientes y una revisión jurídica integral de los actos impugnados en juicio, que permita reforzar la defensa institucional ante tribunales.

Gráfica X.14.
Comparativos pasivos contingentes, juicios civiles y
mercantiles, diciembre de 2015 y 2016
 (asuntos)



Fuente: Dirección Jurídica, IMSS.

Gráfica X.15.
Comparativos pasivos contingentes, juicios civiles y mercantiles, diciembre de 2015 y 2016
(millones de pesos)



Fuente: Dirección Jurídica, IMSS.



El presente capítulo describe las acciones realizadas durante el ejercicio 2016, encaminadas a continuar fortaleciendo la gestión de los recursos institucionales del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) para la mejora de la productividad, la eficiencia y la transparencia del ejercicio del gasto del Instituto. Asimismo, presenta la situación en la que se encuentran los bienes inmuebles del Instituto, así como las instalaciones y el equipo que contienen; por otra parte, detalla el inventario inmobiliario y médico al 31 de diciembre de 2016 y, finalmente, describe la estrategia digital que el IMSS continúa implementando, buscando con ello la efectividad de los procesos digitales institucionales.

XI.1. Acciones para incrementar la eficiencia del gasto y mejorar los servicios

En los 4 años de gestión de la presente Administración, las áreas administrativas del Instituto mantienen acciones encaminadas a la contención del ritmo de crecimiento del gasto. Asimismo, se han logrado mejorar esfuerzos y procesos institucionales con eficacia en materia de eficiencia y transparencia, logrando sanear paulatinamente al Instituto en materia financiera y, al mismo tiempo, mejorar y optimizar la calidad y la calidez en la atención de los servicios.

En este apartado se enuncian las acciones que se llevaron a cabo durante el ejercicio 2016 para garantizar la mejora continua de 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 primordial y necesario para otorgar 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 continua siendo uno de los grandes desafíos y compromisos del Instituto, por lo que, por 4 años consecutivos, se mantiene el énfasis en este aspecto para poder dar solución a esta demanda de la población derechohabiente, es por esto que año con año el IMSS dirige con énfasis sus esfuerzos institucionales a mejorar la forma y determinación en que compra, distribuye y otorga las vacunas, medicamentos y material de curación para la atención a la población derechohabiente. Como ejemplo de ello, en cuestión de distribución y entrega de medicamentos, en 2016 el Instituto atendió 197 millones de recetas, 10% más que en 2015.

La estrategia integral de abasto comenzó en 2013 disminuyendo las compras emergentes y optimizando los niveles de inventario, lo que ha mejorado en los últimos años, el surtimiento de recetas.

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, realizada durante 2013, 2014, 2015 y 2016 en el marco de la universalización de los servicios de salud con calidad. Las compras consolidadas garantizan el abasto oportuno y suficiente de insumos para la salud, contribuyen a reducir costos y a mejorar el proceso de suministro a través de nuevas y mejores condiciones de abastecimiento.

Para reforzar las acciones en materia de transparencia, el IMSS ha contado con el acompañamiento de diversos organismos públicos

y organizaciones de la Sociedad Civil, entre los que se incluyen: la Secretaría de la Función Pública, la Secretaría de Economía, la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios, la Comisión Federal de Competencia, el Órgano Interno de Control del Instituto, y testigos sociales. Los cuales han asegurado la integridad y transparencia en los procesos de contratación.

En los últimos años, la compra consolidada ha sido participativa e incluyente. Se han sostenido diversas reuniones de trabajo con la Cámara Nacional de la Industria Farmacéutica (CANIFARMA), la Cámara Nacional de la Industria de la Transformación (CANACINTRA) y la Asociación Nacional de Distribuidores de Insumos para la Salud (ANDIS). Asimismo, en 2016 el IMSS firmó 3 acuerdos con la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) para reforzar la transparencia en las compras públicas, así como con la Confederación Patronal de la República Mexicana (COPARMEX), con el objetivo de fortalecer la cooperación y la libre competencia en contrataciones públicas de insumos para la salud.

Una vez más, la compra consolidada liderada por el IMSS en 2016 para atender las necesidades de medicamentos, vacunas y material de curación de distintas entidades del Sector Salud y gobiernos estatales durante 2017, fue la más grande de la historia del Sector Público en todo el país, ya que contó con 40 participantes y ascendió a casi 50 mil millones de pesos (cuadro XI.1).

Con todo ello, en el marco de esta compra se llevaron a cabo 10 licitaciones para la adquisición de más de 1,600 claves de medicamentos y material de curación, generando ahorros respecto de los precios obtenidos el año anterior por 3,352 millones de pesos que, sumados a los ahorros de las compras anteriores, representan un ahorro acumulado de 14,214 millones de pesos para todos los participantes.

Cuadro XI.1.
Participantes en las compras consolidadas

	2013 14 participantes	2014 42 participantes	2015 40 participantes	2016 40 participantes
Dependencias y Entidades Federales	1. IMSS 2. ISSSTE 3. PEMEX 4. SEDENA 5. SEMAR	1. IMSS 2. ISSSTE 3. PEMEX 4. SEDENA 5. SEMAR	1. IMSS 2. ISSSTE 3. PEMEX 4. SEDENA 5. SEMAR	1. IMSS 2. ISSSTE 3. PEMEX 4. SEDENA 5. SEMAR
Entidades Federativas	1. Baja California 2. Campeche 3. Colima 4. Tlaxcala 5. Veracruz	1. Baja California 2. Campeche 3. Colima 4. Tlaxcala 5. Veracruz 6. Aguascalientes 7. Baja California Sur 8. Chihuahua 9. Ciudad de México 10. Durango 11. Estado de México 12. Guerrero 13. Morelos 14. Nayarit 15. Sinaloa 16. Sonora	1. Baja California 2. Colima 3. Tlaxcala 4. Aguascalientes 5. Baja California Sur 6. Chihuahua 7. Ciudad de México 8. Durango 9. Estado de México 10. Guerrero 11. Morelos 12. Nayarit 13. Sonora 14. Oaxaca 15. Puebla 16. Quintana Roo 17. Tabasco 18. Zacatecas	1. Baja California 2. Colima 3. Tlaxcala 4. Baja California Sur 5. Chihuahua 6. Ciudad de México 7. Durango 8. Estado de México 9. Guerrero 10. Morelos 11. Nayarit 12. Sonora 13. Puebla 14. Quintana Roo 15. Michoacán 16. Chiapas 17. Sinaloa 18. San Luis Potosí
Institutos de Salud	1. H. de la Mujer 2. H. Nacional Homeopático 3. H. Juárez del Centro 4. I. Nacional de Psiquiatría	1. H. de la Mujer 2. H. Nacional Homeopático 3. H. Juárez del Centro 4. I. Nacional de Psiquiatría 5. H. General de México 6. H. General "Manuel Gea González" 7. H. Infantil de México 8. H. Juárez de México 9. H. Nacional de Neurología 10. H. Alta Esp. Ciudad 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	1. H. de la Mujer 2. H. Nacional Homeopático 3. H. Juárez del Centro 4. H. General de México 5. H. Infantil de México 6. H. Juárez de México 7. H. Nacional de Neurología 8. H. Alta Esp. Ciudad Victoria 9. H. Alta Esp. Ixtapaluca 10. H. Alta Esp. Yucatán 11. I. Nacional de Cardiología 12. I. Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición 13. I. Nacional de Enfermedades Respiratorias 14. I. Nacional de Neurología 15. I. Nacional de Pediatría 16. I. Nacional de Rehabilitación 17. HRAE del Bajío	1. H. de la Mujer 2. H. Nacional Homeopático 3. H. Juárez del Centro 4. H. General de México 5. H. Infantil de México 6. H. Juárez de México 7. I. Nacional de Cardiología 8. H. Alta Esp. Ciudad Victoria 9. H. Alta Esp. Ixtapaluca 10. H. Alta Esp. Yucatán 11. I. Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición 12. I. Nacional de Enfermedades Respiratorias 13. I. Nacional de Neurología 14. I. Nacional de Pediatría 15. I. Nacional de Rehabilitación 16. S.A. Psiquiátrica 17. CRAE Chiapas

Fuente: Dirección de Administración, IMSS.

Para el IMSS, los ahorros de la compra consolidada de este año fueron 2,291 millones de pesos que, sumados a los logrados en años previos, superan los 8 mil millones de pesos de ahorro por esta estrategia, en lo que va de la presente Administración. Las principales mejoras de la compra consolidada del año que se reporta, respecto del anterior han sido en materia de volumen y competencia (cuadro XI.2).

En conclusión, con las medidas tomadas en el marco de la compra consolidada, se ha logrado la compra de bienes terapéuticos a un menor costo unitario en beneficio de la población que atienden las instituciones y entidades que participaron en ella.

Cabe señalar que los 10 procedimientos licitatorios que se realizaron en el 2016 para la adquisición de bienes terapéuticos involucraron las estrategias y modalidades de contratación previstas en la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público (LAASSP) y su Reglamento, a saber, agrupamiento de partidas, realización de licitaciones con carácter nacional, internacional bajo cobertura de tratados e internacional abierto, uso de la modalidad de Ofertas Subsecuentes de Descuento (OSD) y determinación de precios máximos de referencia. Estas estrategias estuvieron enfocadas a maximizar la tasa de adjudicación, incorporar al mayor número de oferentes y favorecer la obtención de economías de escala.

Cuadro XI.2.
Compra consolidada
(comparativo 2013-2016)

Rubro		2013	2014	2015	2016
Volumen de la compra	Participantes	14	42	40	40
	Importes convocados ^{1/}	43,000	51,000	48,000	49,000
	Ahorros ^{1/}	3,700	4,600	2,521	3,352
Competencia: Ofertas Subsecuentes de Descuento	Eventos	5	7	10	3
	Claves	86	119	141	44
	Monto adjudicado ^{1/}	7,909	8,403	13,299	3,102
	Ahorros ^{1/}	1,012	1,263	761	52

^{1/} Millones de pesos.

Fuente: Dirección de Administración, IMSS.

Adicionalmente, este año se utilizaron 2 criterios de abastecimiento simultáneo mediante los cuales se seleccionaron las claves en las que es necesario garantizar y privilegiar el abasto por su alto consumo o incumplimiento sin desincentivar la competencia: 80/20 en bienes que, por sus características, fomentan buenas prácticas competitivas y 60/40 para las claves de mayor consumo, con el fin de asegurar la adjudicación de proveedores con capacidad de suministro y así garantizar el abasto y hacer eficiente la operación de la cadena de suministro.

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 en medicamentos y material de curación, y lo más importante, se garantiza el abasto para mejorar la salud de los más de 90 millones de mexicanos atendidos por las instituciones participantes en la compra consolidada.

En 2016 se adquirieron 28 claves bajo el esquema de “consumo en demanda”, que permite mantener un nivel óptimo de inventario en los almacenes del Instituto, para atender la demanda de las claves de mayor consumo, mediante la administración de los inventarios por parte del proveedor. Al cierre de 2016, las claves bajo este esquema representaron 40% del consumo nacional en piezas. En términos presupuestarios, estas claves suman 2,431 millones de pesos, equivalentes a 8% del gasto registrado en medicamentos (30,115 millones de pesos).

Para la compra consolidada de medicamentos a realizarse en 2017, el Instituto mantendrá los esfuerzos para garantizar la transparencia y fomentar la mayor participación de licitantes en el proceso. Como acciones de mejora para la siguiente compra, se optimizarán los tiempos para la asignación de claves desiertas; también, se seguirá trabajando en optimizar la selección de claves que por su volumen y características establezcan mejores condiciones de competencia en las distintas modalidades de compra

—licitaciones tradicionales o subastas en reversa—, y se aumentará la integración y comunicación de los participantes en todas las etapas del proceso de compra.

Además de la compra eficiente de los medicamentos, es necesario almacenarlos y distribuirlos de la mejor forma posible. En 2016, se adquirieron 42 claves bajo el esquema de “entrega hospitalaria”. Con este esquema se cuidan los inventarios de los grupos de medicamentos de alta especialidad y alto costo, mediante la entrega directa por parte del proveedor a las farmacias del Instituto. De esta forma, se optimiza la cadena de abastecimiento y se da continuidad al tratamiento de los derechohabientes. El tiempo de entrega de medicamentos bajo este esquema pasó de 20 a 5 días en promedio. En términos presupuestarios, estas claves suman un gasto de poco más de 3,400 millones de pesos, equivalentes a 11% del gasto registrado en medicamentos.

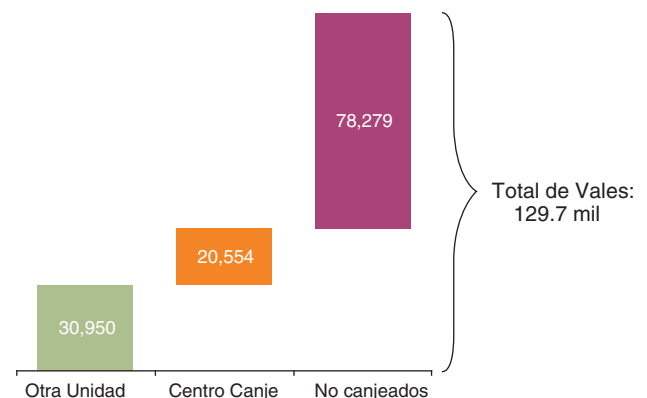
Esta medida de optimización de los inventarios de medicamentos se acompañó con acciones adicionales de planeación, logística y supervisión, como analizar trimestralmente la congruencia entre el consumo promedio mensual pronosticado y validado, y el consumo real, con el objetivo de asegurar una planeación 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”

El Programa de Vales de Medicamentos, denominado “Tu Receta es Tu Vale”, consiste en surtir 100% los medicamentos al derechohabiente; cuando algún medicamento no esté disponible en la farmacia de la Unidad de Medicina Familiar que le corresponde, la receta será activada como una receta-vale que podrá canjear por sus medicinas el mismo día, en cualquiera de las farmacias del IMSS en la Ciudad de México. En esta fase, iniciada en marzo de 2015, participan 48 Unidades de Medicina Familiar del primer nivel y los 12 Hospitales Regionales y de Zona de las Delegaciones Norte y Sur de la Ciudad de México.

Durante 2016 se emitieron 129,700 vales, lo que resulta en un promedio de 10,800 vales por mes (gráfica XI.1). Diariamente se reparten cerca de 200 mil medicamentos y se emiten entre 300 y 400 vales.

Gráfica XI.1.
Generación de vales de medicamentos, 2016



Fuente: Dirección de Administración, IMSS.

Dentro de los beneficios del programa destacan:

- Mejora en el suministro de medicamentos en las unidades médicas. El índice de atención de recetas en la Ciudad de México pasó de 97.4% registrado al mes previo al inicio del programa en 2015 a 99.5% al cierre de 2016.
- Incremento en el uso de recetas electrónicas de más de 20 puntos, al pasar de 70% al finalizar el ejercicio 2014 a 96% al cierre de 2016.

El reto para el Instituto es instrumentar gradualmente el Programa de Vales de Medicamentos en más ciudades del país. Como siguiente paso en el programa, durante 2017 se implementará en la Delegación Estado de México Oriente, por tratarse de la zona conurbada a la Ciudad de México. Con ello, aunado a las mejoras en la logística y distribución que se están poniendo en marcha, se mejorará el abasto en toda la Zona Metropolitana, para después avanzar a ciudades del Interior de la República, en beneficio de la población derechohabiente.

XI.1.2. Racionalización del gasto en otorgamiento de servicios médicos

En el mes de abril de 2016, se concluyeron las contrataciones plurianuales por 36 meses para los servicios integrales de Banco de Sangre, Procedimientos de Mínima Invasión y Laboratorio Clínico, por un importe del orden de 16 mil millones de pesos, iniciando su operación a partir del mes de julio de 2016.

Con los descuentos obtenidos en los procedimientos de contratación, mediante licitación pública, se generarán ahorros a la institución por más de 5,300 millones de pesos durante los próximos 3 años (cuadro XI.3).

Cuadro XI.3.
Ahorros por la contratación plurianual de servicios integrales
(millones de pesos)

Servicio Integral	Importes (IVA incluido)			
	PMR ^{1/}	Adjudicado	Ahorro	%
Banco de Sangre	4,867	3,481	1,386	28
Laboratorio Clínico	11,715	9,404	2,311	20
Procedimientos de mínima invasión	4,602	2,986	1,616	35
Total	21,184	15,871	5,313	25

^{1/} PMR: Precio máximo de referencia.

Fuente: Dirección de Administración, IMSS.

XI.1.3. Optimización del gasto administrativo y de operación

La prestación de todos los servicios que otorga el Instituto está soportada por el gasto administrativo, es por ello que durante 2016 se buscó la optimización del mismo, para lo cual se realizaron diversas acciones que permitieran un mejor y más sano ejercicio de los recursos.

En el tema de Conservación, se incrementó el número de equipos médicos y electromecánicos a los que se les dio mantenimiento preventivo y correctivo; estos equipos conforman la base sobre la cual se brinda la atención en materia de diagnóstico y tratamiento. De igual forma, se realizaron acciones de mantenimiento y conservación a inmuebles del Instituto que han permitido que se encuentren en condiciones operativamente funcionales, permitiendo con ello brindar un mejor servicio a la población derechohabiente.

En lo referente a Servicios Generales Básicos, durante 2016 se implementaron estrategias que permitieron ejercer los recursos de manera eficaz y eficiente, reforzando directamente la prestación de los servicios institucionales y conteniendo el gasto en

cuentas que no son fundamentales para la prestación de dichos servicios como las de comunicación y telefonía celular. Derivado de lo anterior, el Instituto en este momento se encuentra en un punto de inflexión en el que debe seguir reforzando las acciones en esta materia para concretar lo ya avanzado hasta ahora.

Algunas de las acciones más destacadas llevadas a cabo durante 2016 en materia de optimización y racionalización del gasto administrativo, y de operación se presentan a continuación.

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 el esquema de arrendamiento el proveedor del servicio administra la plantilla vehicular, se hace cargo de los mantenimientos, el aseguramiento y cualquier costo asociado, además 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 el ejercicio 2015, durante el periodo junio-agosto, se llevó a cabo la recepción y sustitución de 300 ambulancias de traslado programado y ordinario de pacientes a nivel nacional; en el mes de marzo de 2016 se pusieron en operación 60 ambulancias adicionales. En el mes de noviembre, se adjudicó la

segunda etapa del arrendamiento, mediante el cual se pusieron en operación 380 ambulancias durante el periodo enero-marzo del ejercicio 2017.

A través de estas acciones se ha renovado poco más de 50% de la plantilla vehicular de ambulancias con las que cuenta el Instituto a nivel nacional, lo que ha permitido 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.

Con el propósito de disminuir los gastos en fletes y acarreo —los cuales se incrementaron notablemente en los últimos 3 años— y replicando los beneficios obtenidos con los arrendamientos anteriores, se contrató el “Servicio Integral de Transporte Terrestre de Vehículos de Operación para Delegaciones y Unidades Médicas de Alta Especialidad” por 554 unidades, poniéndose en marcha en 2 etapas: una por 242 unidades que inició el 1° de enero de 2016 y la otra por 312 unidades que inició el 1° de junio del mismo año, lo que representa 36% de estos vehículos.

A partir del 16 de marzo de 2016 se realizó la renovación del servicio de arrendamiento por 196 vehículos para el servicio administrativo, sustituyendo la primera etapa llevada a cabo en el año 2013, con lo que se renovó cerca de 50% del parque vehicular del Instituto en el que existían modelos 2002, lo cual ha generado a la fecha ahorros de alrededor de 101 millones de pesos en los rubros de mantenimiento preventivo y correctivo al parque vehicular, pólizas de seguro, pagos y derechos de tenencia y trámites vehiculares. En este procedimiento se contó con total transparencia y se logró una mayor participación de empresas obteniendo mejores condiciones de precio para el Instituto.

Conservación y mantenimiento de equipo médico y electromecánico

Con el objetivo de mejorar la calidad en la atención médica de los derechohabientes y, al mismo tiempo, maximizar los recursos institucionales, se llevó a cabo una estrategia que permitió hacer más eficiente el gasto en conservación y mantenimiento de instalaciones, equipo médico y equipo electromecánico a nivel nacional, a fin de evitar el diferimiento de estudios de diagnóstico y tratamientos por fallas en los equipos.

Durante 2016 se realizaron servicios de mantenimiento correctivo y preventivo a alrededor de 1,023 equipos electromecánicos y a 9,997 equipos médicos. Lo anterior se logró haciendo más eficiente el gasto en conservación, realizando una mejora en la administración de los contratos y en las supervisiones.

Para 2017 se tiene planeado un ambicioso programa de mantenimiento de equipo médico y electromecánico institucional plurianual por 3 años, manteniendo precios iguales a los de 2016 o en su defecto, aceptando un incremento máximo de 3% anual.

XI.1.4. Acciones para optimizar la utilización de inmuebles

En la perspectiva de alcanzar el objetivo general del Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018, y llevar a México a su máximo potencial, se establecieron cinco Metas Nacionales previstas en la Estrategia Transversal de un Gobierno Cercano y Moderno 2013-2018 (PGCM), mismo que en su tercer objetivo, determina: "Optimizar el uso de los recursos en la APF", estableciendo su estrategia 3.4 "Promover una Administración Moderna y Transparente del Patrimonio Inmobiliario Federal", y su línea de acción 3.4.1 "Consolidar el Sistema de Información Inmobiliaria Federal que provea información estratégica para optimizar el uso de inmuebles federales".

En esa directriz, el Instituto llevó a cabo las siguientes acciones:

- i) Se designó a un responsable para identificar la ubicación de los puestos de la institución en los inmuebles que ocupa, incorporando la información al sistema de Registro de Servidores Públicos del Gobierno Federal (RUSP).
- ii) El responsable inmobiliario ha llevado a cabo acciones de conciliación con sus Órganos Desconcentrados, a efecto de mantener actualizada la información de los inmuebles federales, así como de los tomados en arrendamiento, en los sistemas correspondientes.

Como resultado de lo anterior y como parte de las Acciones del Programa de Aprovechamiento Inmobiliario, el Instituto ha logrado un avance de más de 90% en la identificación de los inmuebles en el sistema del Instituto de Administración y Avalúos de Bienes Nacionales.

De igual forma, durante el ejercicio 2016 se realizaron diversas acciones encaminadas al 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. Algunas de las acciones se describen a continuación:

Arrendamiento de inmuebles

Para cubrir sus esquemas de prestación de servicios, el Instituto requiere contar con infraestructura inmobiliaria a nivel nacional; en aquellas zonas en las cuales no se dispone de infraestructura inmobiliaria propia, se recurre al arrendamiento inmobiliario.

Durante el ejercicio 2016 se continuó con la revisión de los espacios disponibles en inmuebles institucionales, con el propósito de reubicar servicios

alojados en inmuebles rentados, reduciendo el gasto por este concepto y mejorando el aprovechamiento de espacios. Al cierre de 2016, se logró reducir el número de contratos de arrendamientos de 338 a 331, lo que representa una disminución de 2.1% y una contención del gasto en este rubro de 4.7% con respecto al presupuesto anual autorizado de 281 millones de pesos.

De igual forma, y en atención a las medidas internas orientadas al cumplimiento de los criterios de austeridad y disciplina presupuestaria, se continuó con las acciones iniciadas durante el ejercicio 2015, a fin de reordenar la superficie rentable destinada al servicio de resguardo de bienes sujetos a depuración, enajenación, así como a transferencias en materia de archivo de concentración.

Aprovechamiento de los espacios institucionales

Con el propósito de atender necesidades complementarias de los derechohabientes, personal y visitantes durante la estancia en unidades del Instituto, así como lograr un mayor 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—, durante 2016 se actualizaron las cuotas que se cobran a los permisionarios por el uso de áreas institucionales, con base en el tipo de uso de los inmuebles.

Durante el ejercicio 2016, el Instituto tuvo ingresos por el cobro de Permisos de Uso Temporal Revocable a diversos establecimientos del orden de 150.6 millones de pesos, cifra superior en 19% con respecto a 2015 (125 millones de pesos).

XI.1.5. Inversión física

En el IMSS el compromiso de brindar atención con calidez y calidad a los derechohabientes ha impulsado el crecimiento y mejora de su infraestructura, a través de la optimización de los recursos. Actualmente se cuenta con un programa de apertura de 12 Hospitales y 40 Unidades de Medicina Familiar (UMF) a nivel nacional, además de la ampliación y remodelación de diversas áreas de servicio y atención al derechohabiente en unidades médicas y no médicas existentes.

En este contexto, con el Programa de Inversión Física, en el ejercicio 2016 el IMSS concluyó la construcción de 3 unidades médicas nuevas: La UMF de Tacúcuaro, Michoacán, la Clínica de Mama ubicada en la Colonia Condesa y la UMF de Villa Coapa, ambas en la Ciudad de México; así como la construcción nueva por sustitución de 5 unidades médicas (las Unidades de Medicina Familiar No. 76, 56, 17, 24 y 51, localizadas en Uruapan, Michoacán; San Pablo Huitzo, Magdalena Apasco, ambas en Oaxaca; Santa Ana, Sonora y Angostura, Sinaloa, respectivamente); desarrolladas con una inversión de 287 millones de pesos en beneficio de 783,239 derechohabientes (cuadro XI.4).

Así también, terminaron su proceso constructivo las siguientes acciones de obra: la ampliación del Banco de Sangre del Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 1 en San Luis Potosí, San Luis Potosí; la ampliación y remodelación de los quirófanos de los Hospitales Generales de Zona No. 1 y No. 4 en San Francisco de Campeche y Ciudad del Carmen, ambos en el estado de Campeche; la ampliación del aula de usos múltiples del Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 2 en Zacapu, Michoacán; la ampliación y remodelación (pisos) del Hospital de

Cuadro XI.4.
Obras médicas nuevas concluidas

No.	Delegación	Localidad	Unidad	Tipo de obra	Fecha de término
1	Michoacán	Tacícuarro	UMF ^{1/} 10 Consultorios, AMC	Nueva	junio 2016
2	CDMX Sur	Col. Condesa	Clínica de mama	Nueva	octubre 2016
3	CDMX Sur	Villa Coapa	UMF ^{1/} 14 Consultorios	Nueva	diciembre 2016
4	Michoacán	Uruapan	UMF ^{1/} No. 76, 10 Consultorios, AMC	Sustitución	mayo 2016
5	Oaxaca	San Pablo Huitzo	UMF ^{1/} No. 56, 2 Consultorios	Sustitución	mayo 2016
6	Oaxaca	Magdalena Apasco	UMF ^{1/} No. 17, 2 Consultorios	Sustitución	junio 2016
7	Sonora	Santa Ana	UMF ^{1/} No. 24, 2 Consultorios, AMC	Sustitución	mayo 2016
8	Sinaloa	Angostura	UMF ^{1/} No. 51, 2 Consultorios, AMC	Sustitución	junio 2016

8 Total de acciones

^{1/} UMF: Unidad de Medicina Familiar; AMC: Atención Médica Continua.
Fuente: Dirección de Administración, IMSS.

Gineco Obstetricia No. 23 de la Unidad Médica de Alta Especialidad y la adecuación en la Unidad de Medicina Familiar No. 5, ambas en Monterrey, Nuevo León; la ampliación y remodelación del servicio de Urgencias en el Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 8 de Zihuatanejo, Guerrero y la Unidad de Medicina Familiar No. 19 de Apodaca, Nuevo León; la reestructuración del Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 4 de Iguala, Guerrero y la casa de máquinas del Hospital General Regional No. 1 de Culiacán, Sinaloa; así como, la rehabilitación del Hospital General de Subzona con Medicina Familiar No. 38 en San José del Cabo, Baja California Sur (cuadro XI.5).

A fin de mejorar la funcionalidad e imagen de la infraestructura no médica, el IMSS concluyó la construcción del subalmacén nuevo en la sede delegacional en Querétaro, Querétaro y la bodega de la Subdelegación en Tepic, Nayarit; asimismo, la ampliación y remodelación de la barda perimetral de la sede delegacional en Veracruz, Veracruz; la ampliación y remodelación de las oficinas delegacionales en Morelia, Michoacán; la adecuación en la Guardería Ordinaria No. 1 en Veracruz, Veracruz; la reestructuración del Centro de Investigación Educativa y Formación Docente de Querétaro, Querétaro y la

adquisición e instalación de 2 casetas móviles en la Subdelegación No. 3 de Monterrey, Nuevo León.

Es importante resaltar que al cierre del ejercicio 2016 continúan su proceso constructivo los Hospitales Generales Regionales de 260 camas y 250 camas, localizados en los municipios de El Marqués, Querétaro y León, Guanajuato, respectivamente, así como el Hospital General de Zona de 144 camas en Aguascalientes, Aguascalientes y la construcción por sustitución derivada del Compromiso de Gobierno denominado "CG-194 Construir un Hospital General de Zona del IMSS de 144 camas en Nogales, Sonora". Estos 4 hospitales incrementarán la capacidad instalada del IMSS en 714 camas y se desarrollará con una inversión física de 4,132 millones de pesos, en beneficio de más de 1 millón de derechohabientes.

En este mismo contexto, continúan su proceso constructivo 22 UMF, de las cuales 16 son obras nuevas y 6 son de sustitución.

Respecto de las nuevas UMF, 14 de ellas cuentan con 10 consultorios y están ubicadas en Mazatlán, Sinaloa; Coatzacoalcos, Veracruz; Celaya, Guanajuato; María Cecilia, San Luis Potosí; Reynosa, Tamaulipas; Saltillo, Coahuila; Zona Industrial, Aguascalientes;

Cuadro XI.5.
Obras médicas de ampliación y/o remodelación concluidas

No.	Delegación	Localidad	Unidad	Tipo de obra	Fecha de término
1	San Luis Potosí	San Luis Potosí	HGZ/MF ^{1/} No. 1 Banco de Sangre	Ampliación Banco de Sangre	julio 2016
2	Campeche	San Francisco de Campeche	HGZ ^{2/} No. 1	Ampl. y Remod. Quirófanos	junio 2016
3	Campeche	Cd. del Carmen	HGZ ^{2/} No. 4	Ampl. y Remod. Quirófanos	octubre 2016
4	Michoacán	Zacapu	HGZ/MF ^{1/} No. 2	Ampl. Aula de usos múltiples	noviembre 2016
5	Nuevo León	Monterrey	UMAE HGO ^{3/} No. 23	Amp. y/o Remod. (Pisos)	febrero 2016
6	Nuevo León	Monterrey	UMF ^{4/} No. 5	Adecuación	diciembre 2016
7	Guerrero	Zihuatanejo	HGZ/MF ^{1/} No. 8	A y/o R Urgencias	abril 2016
8	Nuevo León	Apodaca	UMF ^{4/} No. 19	A y/o R Urgencias	julio 2016
9	Guerrero	Iguala	HGZ/MF ^{1/} No. 4	Reestructuración	septiembre 2016
10	Sinaloa	Culiacán	HGR ^{5/} No. 1	Casa de Máquinas	agosto 2016
11	Baja California Sur	San José del Cabo	HGSZ/MF ^{6/} No. 38	Rehabilitación mayor de estructura. Edificio	septiembre 2016

11 Total de acciones

^{1/} Hospital General de Zona con Medicina Familiar.

^{2/} Hospital General de Zona.

^{3/} Hospital de Gineco Obstetricia.

^{4/} Unidad de Medicina Familiar.

^{5/} Hospital General Regional.

^{6/} Hospital General de Subzona con Medicina Familiar.

Fuente: Dirección de Administración, IMSS.

Cabo San Lucas, Baja California Sur; San José Chiapa, Puebla; Nacajuca, Tabasco; Ciudad Juárez y Chihuahua en el estado de Chihuahua; Tesisán y Tonalá en el estado de Jalisco; las 2 restantes tienen 6 consultorios, una se encuentra en Pachuca, Hidalgo y la otra en Corregidora, Querétaro.

En lo referente a las 6 UMF nuevas por sustitución, se continúa el proceso constructivo en 3 equipadas con 10 consultorios, localizadas en Zacatecas, Zacatecas; Cajeme, Sonora y Tizayuca, Hidalgo; 2 de 6 consultorios en Delicias, Chihuahua y Tepic, Nayarit; y una más de 2 consultorios en San Marcos, Guerrero (cuadro XI.6).

Asimismo, se mantiene la acción de reforzamiento de infraestructura existente a través de obras como la ampliación y remodelación del servicio de Urgencias en los Hospitales Generales de Zona con Medicina Familiar No. 5 de Tula de Allende, Hidalgo y No. 1 de Chetumal, Quintana Roo; el Hospital General de Subzona con Medicina Familiar No. 26 de Cabo

San Lucas, Baja California Sur; del Hospital General Regional No. 1 de Ciudad Obregón, Sonora y del Hospital de Especialidades de la Unidad Médica de Alta Especialidad del Centro Médico Nacional de Occidente en Guadalajara, Jalisco, y la ampliación y remodelación de las Unidades de Cuidados Intensivos para Adultos en el Hospital de Gineco Obstetricia No. 221 en Toluca, Estado de México; del Hospital de Gineco Pediatría No. 1 de Hermosillo, Sonora, y del Hospital de Gineco Obstetricia y Pediatría No. 2 en Los Mochis, Sinaloa; además, 6 reestructuraciones llevadas a cabo en el Hospital General Regional No. 36 de San Alejandro, Puebla; Hospital de Especialidades de la Unidad Médica de Alta Especialidad del Centro Médico Nacional "La Raza", Ciudad de México; Hospital General de Subzona con Medicina Familiar No. 3 de Chilpancingo, Guerrero, Hospital General Regional No. 196 de Ecatepec y el Hospital General de Zona No. 98 en Coacalco, ambos en el Estado de México y la Unidad de Medicina Familiar con Unidad Médica de Atención Ambulatoria No. 76 en Nuevo Laredo, Tamaulipas.

Cuadro XI.6.
Obras médicas en proceso constructivo

No.	Delegación	Localidad	Unidad	Tipo de obra	Fecha de término ^{1/}	No. de camas por Delegación	Incremento de camas	Porcentaje de incremento
Hospitales								
1	Aguascalientes	Aguascalientes	HGZ ^{2/} 144 Camas	Nueva	agosto 2017	348	144	41.4
2	Guanajuato	León	HGR ^{3/} 250 Camas	Nueva	diciembre 2017	657	250	38.1
3	Querétaro	El Marqués	HGR ^{3/} 260 Camas	Nueva	septiembre 2017	359	260	72.4
4	Sonora	Nogales ^{6/}	HGZ ^{2/} 144 Camas	Nueva	junio 2017	1,075	60 ^{6/}	5.6
Unidades de Medicina Familiar								
1	San Luis Potosí	María Cecilia	UMF ^{4/} 10 Consultorios	Nueva	enero 2017			
2	Jalisco	Tesistán	UMF ^{4/} 10 Consultorios	Nueva	junio 2017			
3	Sinaloa	Mazatlán	UMF ^{4/} 10 Consultorios	Nueva	agosto 2017			
4	Coahuila	Saltillo	UMF ^{4/} 10 Consultorios	Nueva	agosto 2017			
5	Tamaulipas	Reynosa	UMF ^{4/} 10 Consultorios	Nueva	julio 2017			
6	Chihuahua	Chihuahua	UMF ^{4/} 10 Consultorios	Nueva	junio 2017			
7	Chihuahua	Cd. Juárez	UMF ^{4/} 10 Consultorios	Nueva	junio 2017			
8	Aguascalientes	Zona Industrial	UMF ^{4/} 10 Consultorios	Nueva	agosto 2017			
9	Baja California Sur	Cabo San Lucas	UMF ^{4/} 10 Consultorios	Nueva	noviembre 2017			
10	Veracruz Sur	Coatzacoalcos	UMF ^{4/} 10 Consultorios, AMC ^{5/}	Nueva	diciembre 2017			
11	Guanajuato	Celaya	UMF ^{4/} 10 Consultorios, AMC ^{5/}	Nueva	agosto 2017			
12	Jalisco	Tonalá	UMF ^{4/} 10 Consultorios, AMC ^{5/}	Nueva	agosto 2017			
13	Puebla	San José Chiapa	UMF ^{4/} 10 Consultorios, AMC ^{5/}	Nueva	agosto 2017			
14	Tabasco	Nacajuca	UMF ^{4/} 10 Consultorios, AMC ^{5/}	Nueva	septiembre 2017			
15	Hidalgo	Pachuca	UMF ^{4/} 6 Consultorios	Nueva	febrero 2017			
16	Querétaro	Corregidora	UMF ^{4/} 6 Consultorios, AMC ^{5/}	Nueva	septiembre 2017			
17	Guerrero	San Marcos	UMF ^{4/} No. 12, 2 Consultorios	Sustitución	febrero 2017			
18	Zacatecas	Zacatecas	UMF ^{4/} No. 1, 10 Consultorios	Sustitución	diciembre 2017			
19	Sonora	Cajeme	UMF ^{4/} No. 66, 10 Consultorios AMC ^{5/}	Sustitución	julio 2017			
20	Hidalgo	Tizayuca	UMF No. 18, 10 Consultorios	Sustitución	junio 2017			
21	Chihuahua	Delicias	UMF ^{4/} No. 20, 6 Consultorios AMC ^{5/}	Sustitución	agosto 2017			
22	Nayarit	Tepic	UMF ^{4/} No. 5, 6 Consultorios	Sustitución	diciembre 2017			

26 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.

^{4/} Unidad de Medicina Familiar.

^{5/} Atención Médica Continua.

^{6/} El Hospital General de Zona (HGZ) de 144 camas de Nogales, Sonora, va a sustituir al actual HGZ de esta localidad, el cual contaba con 84 camas censables; la construcción nueva por sustitución considera un incremento de 60 camas censables.

Fuente: Dirección de Administración, IMSS.

Finalmente, destaca el inicio de los trabajos constructivos de 5 ampliaciones y remodelaciones de diferentes áreas de los Hospitales Generales Regionales No. 1 de Querétaro, Querétaro; No. 1 de Cuernavaca, Morelos; No. 1 de Mérida, Yucatán; el Hospital de Cardiología de la Unidad Médica de Alta Especialidad del Centro Médico Nacional “Siglo XXI” en la Ciudad de México y la remodelación de la Guardería No. 2 de Monterrey, Nuevo León; también la sustitución de la Central de Servicios del Centro Médico Nacional “La Raza” y la demolición del Hospital General de Zona No. 26 en Hipódromo Condesa, ambas en la Ciudad de México.

Por otro lado, a efecto de impulsar la infraestructura médica mediante la modalidad de Asociaciones Público Privadas (APP), el Instituto lleva a cabo mediante dicho esquema los siguientes proyectos: Hospital General de Zona de 144 camas, en Bahía de Banderas, Nayarit; Hospital General de Zona de 180 camas, en Tapachula, Chiapas; Hospital General Regional de 260 camas, en García, Nuevo León, y Hospital General Regional de 260 camas, en Tepotzotlán, Estado de México, mismos que fueron incluidos en el Anexo 5. A del Presupuesto de Egresos de la Federación 2017 (cuadro XI.7).

En este contexto, el IMSS se encuentra en proceso de licitación de 2 proyectos: i) Tapachula, Chiapas, el día 13 de septiembre de 2016 se dio inicio al concurso; actualmente se encuentra en proceso de celebración la cuarta junta de aclaraciones, y ii) García, Nuevo León, el 16 de febrero de 2017 se dio inicio al concurso; actualmente se encuentra en proceso de celebración la primera junta de aclaraciones.

El proyecto de Bahía de Banderas, Nayarit, el 21 de junio de 2016 se dio inicio al concurso y el 30 de diciembre del 2016 se emitió el fallo del mismo, en el que se declaró desierto; actualmente el IMSS se encuentra preparando todos los requisitos necesarios para estar en condiciones de llevar a cabo nuevamente el concurso.

Finalmente, el proyecto de Tepotzotlán, Estado de México, el 23 de diciembre de 2016 se publicaron las prebases; actualmente el IMSS se encuentra preparando los documentos necesarios para poder llevar a cabo el concurso.

En complemento a las acciones de inversión en infraestructura nueva y ampliación de la ya existente, el Instituto invirtió durante el ejercicio 2016 poco más de 2 mil millones de pesos en la conservación y mantenimiento de sus unidades, con la finalidad de mejorar sus condiciones de operatividad en beneficio de sus derechohabientes.

Con esta inversión en obras nuevas, ampliaciones y equipamiento, así como conservación de sus inmuebles, el Instituto invirtió en 2016 poco más de 7 mil 300 millones de pesos, cifra superior a la que se planteó para dicho ejercicio, con la cual se está cumpliendo a cabalidad el programa más ambicioso en la historia del IMSS de inversión en infraestructura nueva y conservación de la existente, con 20 mil millones de pesos para el trienio 2016-2018.

Cuadro XI.7.
Proyectos de Asociaciones Público Privadas

No.	Delegación	Localidad	Unidad	Tipo de obra	Fecha de término
1	Nayarit	Bahía de Banderas	Hospital General de Zona 144 camas	Nueva	En preparación de documentos
2	Chiapas	Tapachula	Hospital General de Zona 180 camas	Sustitución	Proceso de Licitación
3	Nuevo León	García	Hospital General Regional 260 camas	Nueva	Proceso de Licitación
4	Estado de México	Tepotzotlán	Hospital General Regional 260 camas	Nueva	Prebases

4 Total de acciones

Fuente: Dirección de Administración, IMSS.

XI.1.6. Recursos Humanos

Optimización y racionalización del gasto en Servicios Personales

Para el ejercicio fiscal 2016, el gasto de servicios personales representó aproximadamente 30% del gasto total del Instituto. En este sentido, se autorizó un presupuesto total de 168,526 millones de pesos, de los cuales, al cierre del ejercicio, se ejercieron recursos por un monto de 168,342 millones de pesos en flujo de efectivo, lo cual refleja un esfuerzo de disciplina presupuestaria al ajustarse a lo que originalmente estaba previsto para cubrir los requerimientos de servicios personales en el Instituto. En materia de servicios profesionales y asimilados a salarios por honorarios, se racionalizó el gasto y se obtuvo un ahorro de 17 millones de pesos.

En materia de personal, en 2016, la estrategia de orientar los recursos a las áreas sustantivas de atención directa al derechohabiente permitió un incremento de 5,714 plazas ocupadas en las categorías de médicos, enfermeras y paramédicos, respecto al año anterior, coadyuvando así a la mejora de los servicios en los 3 niveles de atención médica. En el mismo periodo, la ocupación de las categorías de técnicos, administrativas y de servicios básicos disminuyó en 855 plazas (cuadro XI.8).

Cuadro XI.8.
Clasificación de Categoría

Clasificación de categoría	Ocupación		Variación	
	2015	2016	nominal	porcentual
Médicos, Enfermeras y Paramédicos	228,562	234,276	5,714	2.5
Técnicos, Administrativas y Básicos	102,080	101,225	- 855	- 0.84
Total	330,642	335,501	4,859	1.47

Nota: Considera datos de plazas ocupadas al cierre del tipo de contratación Base del Régimen Ordinario.

Fuente: Dirección de Administración, IMSS.

Para 2017 se estima una necesidad de 18,772 plazas, para cubrir los requerimientos de obras, iniciativas de la Dirección General y programas de fortalecimiento de equipo médico, de servicios integrales y de operación de unidades, además de la cobertura de vacancia de médicos y de la rama de Limpieza e Higiene.

En 2017 destaca la captación de 4,223 especialistas durante el evento de Médicos Residentes celebrado en el mes de marzo.

Ausentismo no programado

Se logró el objetivo de incrementar la productividad, elevando el desempeño institucional con base en la experiencia y capacidad del capital humano del Instituto, pues se obtuvo un porcentaje acumulado de días de Ausentismo No Programado de 3.25%, el cual se encuentra por debajo de la meta establecida para ese mismo año en 0.12 puntos porcentuales y en 0.05% de la meta sexenal establecida en 3.3%.

Acciones en materia de Recursos Humanos

La Unidad de Personal ha realizado las siguientes acciones en materia de igualdad laboral y no discriminación:

- i) Comité de Ética. En el marco del cumplimiento al “Acuerdo que tiene por objeto emitir el Código de Ética de los Servidores Públicos del Gobierno Federal, las Reglas de Integridad para el ejercicio de la Función Pública y los Lineamientos generales para propiciar la integridad de los servidores públicos y para implementar acciones permanentes que favorezcan su comportamiento ético, a través de los Comités de Ética y de Prevención de Conflictos de Interés”, emitido por la Secretaría de la Función Pública en agosto de 2015, el Instituto Mexicano del Seguro Social logró obtener el informe favorable, calificado

como excelente derivado de la integración del programa anual de trabajo, los indicadores de cumplimiento, la armonización del Código de Conducta del IMSS, el procedimiento para someter quejas y/o denuncias, así como contar con un Protocolo de atención a quejas y denuncias.

- ii) Certificación en la Norma Mexicana NMX-R-025-SCFI-2015 en Igualdad Laboral y No Discriminación (Norma). El Presidente de la República instruyó a las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal certificarse con la Norma, por lo que el IMSS se certificó el 20 de diciembre de 2016.
- iii) Capacitación. Con el fin de sensibilizar a los trabajadores del Instituto, se creó el curso "Actívate por los Derechos Humanos", cuya implementación inició en febrero de 2016 con una meta de 8 mil, logrando un total de 9,174 servidores públicos capacitados. Para 2017, se estima lograr la capacitación en línea y presencial en dicho curso de 20 mil trabajadores y trabajadoras.
- iv) Comisión Permanente para la prevención y atención de conductas de hostigamiento sexual y acoso sexual del IMSS. El pasado 8 de agosto de 2016, el Director General del IMSS se pronunció públicamente por la "Cero Tolerancia" a conductas por hostigamiento y acoso sexual, por lo que en el Instituto se dará cumplimiento estricto al Protocolo, y no se tolerarán dichas conductas por parte de ninguna persona.
- v) Código de Conducta y de Prevención de Conflictos de Interés de las y los servidores públicos del IMSS. La Secretaría de la Función Pública (SFP) emitió el Informe Favorable por la adecuada armonización del Código de Conducta del IMSS. La SFP calificó de excelente la evaluación del Comité de Ética del IMSS.

XI.2. Inventario de las instalaciones institucionales

Este apartado presenta, al 31 de diciembre de 2016, el inventario inmobiliario y la situación en la que se encuentran las instalaciones y equipo del Instituto, particularmente los dedicados a la atención médica.

XI.2.1. Infraestructura inmobiliaria institucional

De acuerdo con el inventario inmobiliario institucional, al cierre de 2016 se cuenta con un total de 2,902 unidades en operación del Régimen Ordinario. De éstas, 2,221 (77%) están asignadas a la prestación de servicios médicos o son apoyo de los mismos, en tanto que 681 (23%) 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 3 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.

Infraestructura nueva integrada en el periodo enero-diciembre de 2016

Durante el periodo enero-diciembre de 2016 se integraron a la infraestructura institucional nacional 2 unidades médicas de primer nivel: Unidad de Medicina Familiar con 10 consultorios en Tacicuaró, Delegación Michoacán y Unidad de Medicina Familiar de 14 consultorios en Villa Coapa, Delegación Ciudad de México (CDMX) Sur.

Asimismo, se construyó e inauguró la primera Unidad de Detección y Diagnóstico de Patología Mamaria (Clínica de Mama) en la Colonia Condesa, Delegación CDMX Sur, la cual otorgará servicios de segundo nivel de atención.

Al 31 de diciembre de 2016 el Instituto contaba con 1,506 unidades de primer nivel, de las cuales 1,105 son Unidades de Medicina Familiar y 381 son unidades auxiliares, con una antigüedad promedio de 36 y 29 años, respectivamente; asimismo, existen 20 Unidades de Medicina Familiar con Unidades Médicas de Atención Ambulatoria (UMAA) (cuadro XI.9).

En el segundo nivel de atención existen 247 unidades con una antigüedad promedio de 39 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 9 años.

Se cuenta, además, con 425 unidades que apoyan la atención médica o están dedicadas a la educación e investigación médica (cuadro XI.9). Algunas de estas unidades se encuentran en inmuebles independientes, otras operan en inmuebles de unidades médicas o administrativas del Instituto. Entre ellas se incluyen 359 bibliotecas, 13 centros de investigación educativa y formación docente, 7 escuelas de enfermería y 45 unidades y centros de investigación en salud.

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 41 años de antigüedad en promedio. El cuadro XI.10 contiene el detalle de estas unidades.

En el cuadro XI.11 se presenta la distribución por región, delegación y nivel de atención de las unidades del Régimen Ordinario dedicadas a la prestación de servicios médicos.

Cuadro XI.9.
Infraestructura médica por nivel de atención y tipo de unidad, 2015 y 2016
(número de unidades)

Tipo de unidad	No. de unidades	
	2015	2016
Unidades médicas		
Primer nivel de atención	1,504	1,506
Unidades de Medicina Familiar (UMF)	1,103	1,105
Unidades de Medicina Familiar con UMAA	20	20
Unidades Auxiliares de Medicina Familiar (UAMF)	381	381
Segundo nivel de atención	246	247
Hospitales Generales	117	117
Hospitales Generales con MF	112	112
Hospitales Generales con UMAA	6	6
Unidades Médicas de Atención Ambulatoria (UMAA)	11	11
Clínica de Mama		1
Tercer nivel de atención^{1/}	36	36
Total de unidades médicas	1,786	1,789
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)	359	359
Escuelas de enfermería	7	7
Centros de investigación educativa y formación docente	13	13
Unidades y centros de investigación en salud	45	45
Bioterio	1	1
Total de infraestructura para la capacitación, desarrollo médico e investigación en salud	425	425
Total	2,218	2,221

^{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".

Nota: Para el caso de Bibliotecas, durante 2015 se dieron de baja salas de lectura o salas de consulta electrónica del sistema bibliotecario del IMSS, derivado del reordenamiento de espacios físicos en las unidades médicas, los servicios proporcionados por estos espacios, han sido sustituidos por consulta de información científica, a través del Consorcio Nacional de Recursos de Información Científica y Tecnológica (CONRICyT), resultado del convenio de colaboración con el CONACYT.

Fuente: Dirección de Prestaciones Médicas, IMSS.

Cuadro XI.10.
Unidades médicas de tercer nivel y unidades complementarias, 2016^{1/}

Delegación/UMAE/Unidad complementaria

Ciudad de México

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"

Estado de México

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.11.
Unidades médicas por región, delegación, nivel de atención y tipo de unidad, 2016
(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/}	Clínica de Mama ^{5/}	
Centro	179	7	88	44	-	2	1	18
Ciudad de México Norte	22	-	34	6	-	-	-	8
Ciudad de México Sur	20	3	20	11	-	-	1	8
Guerrero	13	1	9	6	-	-	-	-
México Oriente	41	2	17	11	-	1	-	-
México Poniente	41	1	2	5	-	-	-	2
Morelos	21	-	2	3	-	-	-	-
Querétaro	21	-	4	2	-	1	-	-
Oficinas Centrales	-	-	-	-	-	-	-	-
Norte	274	6	55	52	2	4	-	7
Aguascalientes	11	-	1	2	-	1	-	-
Coahuila	36	1	13	12	-	1	-	1
Chihuahua	46	1	3	9	1	-	-	-
Durango	29	1	18	4	-	-	-	-
Nuevo León	46	1	7	9	-	1	-	6
San Luis Potosí	30	-	6	6	-	-	-	-
Tamaulipas	43	2	6	8	1	-	-	-
Zacatecas	33	-	1	2	-	1	-	-
Occidente	355	5	140	80	1	3	-	7
Baja California	30	-	4	8	-	1	-	-
Baja California Sur	13	1	7	6	-	-	-	-
Colima	10	-	6	3	-	-	-	-
Guanajuato	36	-	4	10	-	1	-	2
Jalisco	102	1	59	16	1	-	-	4
Michoacán	45	1	17	10	-	-	-	-
Nayarit	21	-	10	5	-	1	-	-
Sinaloa	40	1	28	8	-	-	-	-
Sonora	58	1	5	14	-	-	-	1
Sur	297	2	98	53	3	2	-	4
Campeche	9	-	6	2	-	1	-	-
Chiapas	27	1	13	4	-	-	-	-
Hidalgo	14	-	5	6	-	-	-	-
Oaxaca	23	-	5	3	1	-	-	-
Puebla	44	-	1	4	2	-	-	2
Quintana Roo	8	-	8	6	-	-	-	-
Tabasco	30	-	2	3	-	-	-	-
Tlaxcala	14	-	2	3	-	-	-	-
Veracruz Norte	45	1	6	8	-	-	-	1
Veracruz Sur	59	-	23	9	-	-	-	-
Yucatán	24	-	27	5	-	1	-	1
Total	1,105	20	381	229	6	11	1	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".

^{5/} La Unidad se considera de segundo nivel.

Fuente: Dirección de Prestaciones Médicas, IMSS.

Estado físico de las unidades médicas del Régimen Ordinario

En atención al último párrafo del Artículo 273 de la Ley del Seguro Social, se valoró el estado físico de equipos propios, instalaciones e inmuebles en 1,445 unidades médicas (98.6% de las totales). El estado del equipo de las unidades se calificó como bueno o regular en 95%, 96% y 95% de las unidades del primer, segundo y tercer niveles de atención, respectivamente. El porcentaje de las unidades de primer nivel y segundo nivel cuyas instalaciones se calificaron en condiciones buenas o regulares fue de 96% y 93%, mientras que el porcentaje para el tercer nivel fue de 82%. Con relación al estado de los inmuebles, 93%, 94% y 87% de las unidades de primer, segundo y tercer niveles, respectivamente, se calificaron en condiciones buenas o regulares. Las disminuciones observadas para el tercer nivel con respecto a los valores de 2014, se deben principalmente a la antigüedad promedio de las instalaciones y a los inmuebles que requieren reparaciones integrales que muchas veces no es posible llevar a cabo en su totalidad, en razón de que las unidades médicas se encuentran en operación.

Instalaciones médicas del Programa IMSS-PROSPERA

La infraestructura inmobiliaria operativa de IMSS-PROSPERA que forma parte del patrimonio del Instituto incluye, a diciembre de 2016, un total de

4,390 unidades médicas. El primer nivel de atención lo integran 3,612 Unidades Médicas Rurales, 46 Centros Rurales de Atención Integral a la Mujer (antes Centros de Atención Rural Obstétrica), 313 Unidades Médicas Urbanas, 143 Unidades Médicas Móviles y 196 Brigadas de Salud. El segundo nivel de atención cuenta con 80 Hospitales Rurales.

El cuadro XI.12 muestra la distribución por delegación y nivel de atención de las unidades médicas con que cuenta el Programa. A los Hospitales Rurales corresponde 16.4% de la demanda de atención. El resto de la demanda que atiende IMSS-PROSPERA, 83.6%, compete al primer nivel de atención, con problemas de salud de baja complejidad que requieren recursos básicos para su diagnóstico y tratamiento. En este ámbito se inscriben las Unidades Médicas Móviles y las Brigadas de Salud que operan a través de vehículos itinerantes en localidades alejadas y dispersas del área de atención del Programa con base en rutas preestablecidas. En el primer caso cuentan con equipo médico para el diagnóstico y tratamiento y son operadas por una persona de la disciplina médica, una de enfermería y un técnico de promoción y educación para la salud que otorga servicios de promoción, prevención, detección, atención y control de enfermedades; por su parte, las brigadas se integran por una persona en la disciplina de enfermería y un técnico de promoción y educación para la salud destinado a proporcionar cuidados de salud y entrega de medicamentos e insumos.

Cuadro XI.12.
Unidades médicas del Programa IMSS-PROSPERA por región, delegación, nivel
de atención y tipo de unidad, 2016
(número de unidades)

Región/Delegación	Segundo nivel		Primer nivel				Total
	Hospitales Rurales	Unidades Médicas Rurales	Centros Rurales de Atención Integral a la Mujer	Unidades Médicas Urbanas	Unidades Médicas Móviles	Brigadas de Salud	
Baja California	1	11	-	5	4	-	21
Baja California Sur	-	-	-	1	3	-	4
Campeche	2	39	-	5	4	1	51
Coahuila	3	78	-	8	-	3	92
Chiapas	10	560	8	12	18	9	617
Chihuahua	3	144	2	4	3	9	165
Ciudad de México Norte	-	-	-	1	-	-	1
Ciudad de México Sur	-	-	-	22	-	-	22
Durango	3	163	-	2	2	5	175
Guanajuato	-	-	-	11	-	-	11
Guerrero	1	19	4	25	26	-	75
Hidalgo	4	217	1	6	10	11	249
Jalisco	-	-	-	9	-	-	9
México Oriente	-	-	-	32	-	-	32
México Poniente	2	28	-	9	1	-	40
Michoacán	7	337	3	15	12	28	402
Morelos	-	-	-	4	-	-	4
Nayarit	1	81	2	5	2	4	95
Nuevo León	-	-	-	3	-	-	3
Oaxaca	9	473	10	21	14	20	547
Puebla	7	306	2	13	12	13	353
Querétaro	-	-	-	5	-	-	5
San Luis Potosí	5	206	5	6	9	23	254
Sinaloa	3	103	-	5	2	12	125
Sonora	-	-	-	5	-	-	5
Tamaulipas	4	103	-	-	-	10	117
Tlaxcala	-	-	-	3	-	-	3
Veracruz Norte	3	291	3	19	7	20	343
Veracruz Sur	3	229	6	36	8	16	298
Yucatán	4	83	-	12	6	-	105
Zacatecas	5	141	-	9	-	12	167
Total Nacional	80	3,612	46	313	143	196	4,390

Fuente: Catálogo Clave Única de Establecimientos de Salud. Adicionalmente, incorpora unidades médicas en proceso de inicio de operación.

Estado físico de las unidades médicas de IMSS-PROSPERA

La valoración del estado físico del equipo, las instalaciones e inmuebles de las unidades de primer nivel de atención del Programa IMSS-PROSPERA refleja un estado de conservación de bueno a regular con 70%, 99% y 98%, respectivamente, en cada uno de esos rubros. En relación con segundo nivel de atención, los Hospitales Rurales reportan que el equipo, instalaciones e inmuebles se encuentran en buen o regular estado de conservación con porcentajes de 99%, 100% y 99% en cada uno 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 (cuadro XI.13).

Estado físico de las unidades no médicas

El estado que guardan los inmuebles institucionales no médicos se valora considerando el estado físico del propio inmueble. El porcentaje de inmuebles que resultó en condiciones buenas o regulares fue de 97%, lo que proviene de la información contenida en el padrón inmobiliario reportado por las delegaciones, manteniendo el parámetro de ejercicios anteriores.

XI.2.2. Equipo médico institucional

Equipo médico

El equipo médico del Instituto, distribuido en la red de unidades médicas descritas en la sección anterior, forma parte de la tecnología que a lo largo de 74 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, accesorias 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 2016, en el Régimen Ordinario, se realizó una importante inversión en equipo y mobiliario médico equivalente a 2,692 millones de pesos (gráfica XI.2). Al importe del Régimen Ordinario se añade la inversión en equipo y mobiliario médico del Programa IMSS-PROSPERA que alcanzó 83.7 millones de pesos, situando la inversión total del Instituto en 2,776 millones de pesos.

Al 31 de diciembre de 2016, el Instituto contaba con un inventario de equipo y mobiliario médico de más de 556 mil bienes (cuadro XI.14). De estos bienes, 88% pertenecen al Régimen Ordinario, mientras el restante 12%, al Programa IMSS-PROSPERA.

En 2016 se invirtieron 2,776 millones de pesos en 32,359 bienes de equipo y mobiliario, de los cuales 23,813 son aparatos médicos y 3,866 son bienes de mobiliario médico (cuadro XI.15). Al Régimen Ordinario

Cuadro XI.13.
Unidades no médicas propiedad del IMSS y rentadas por tipo de función

Tipo de función del inmueble	2015		2016	
	No. de unidades		No. de unidades	
	Inmuebles propios ^{1/}	Inmuebles rentados	Inmuebles propios ^{1/}	Inmuebles rentados
Unidades de Prestaciones Económicas y Sociales	418	59	416	60
Centros de Seguridad Social para el Bienestar Familiar	126	13	132	13
Teatros	19	-	20	-
Deportivos	21	1	21	1
Tiendas	20	41	19	42
Centros Vacacionales	4	-	4	-
Velatorios	12	-	12	-
Guarderías	204	4	192	4
Bibliotecas	1	-	1	-
Albergues	10	-	14	-
Unidad de Congresos	1	-	1	-
Unidades de Incorporación y Recaudación	69	60	72	58
Subdelegaciones	69	60	72	58
Unidades Administrativas	46	35	44	36
Oficinas delegacionales	29	31	26	31
Casas delegados	16	4	17	5
Organismo de seguridad social (CIESS) ^{2/}	1	-	1	-
Unidades de Servicios Generales	111	65	107	63
Lavanderías regionales	18	-	17	-
Centros de capacitación	8	5	6	6
Unidades de reproducciones gráficas	1	-	1	-
Módulos de ambulancia y transportes	9	-	7	-
Estacionamientos	8	-	8	-
Centrales de servicio	14	-	14	-
Almacenes	41	10	39	10
Bodegas	7	11	10	9
Bodegas de bienes embargados	5	39	5	38
Unidades desocupadas	145	3	132	2
Terrenos	89	3	90	2
Inmuebles pendientes de aplicar ^{3/}	56	-	42	-
Total	789	222	771	219

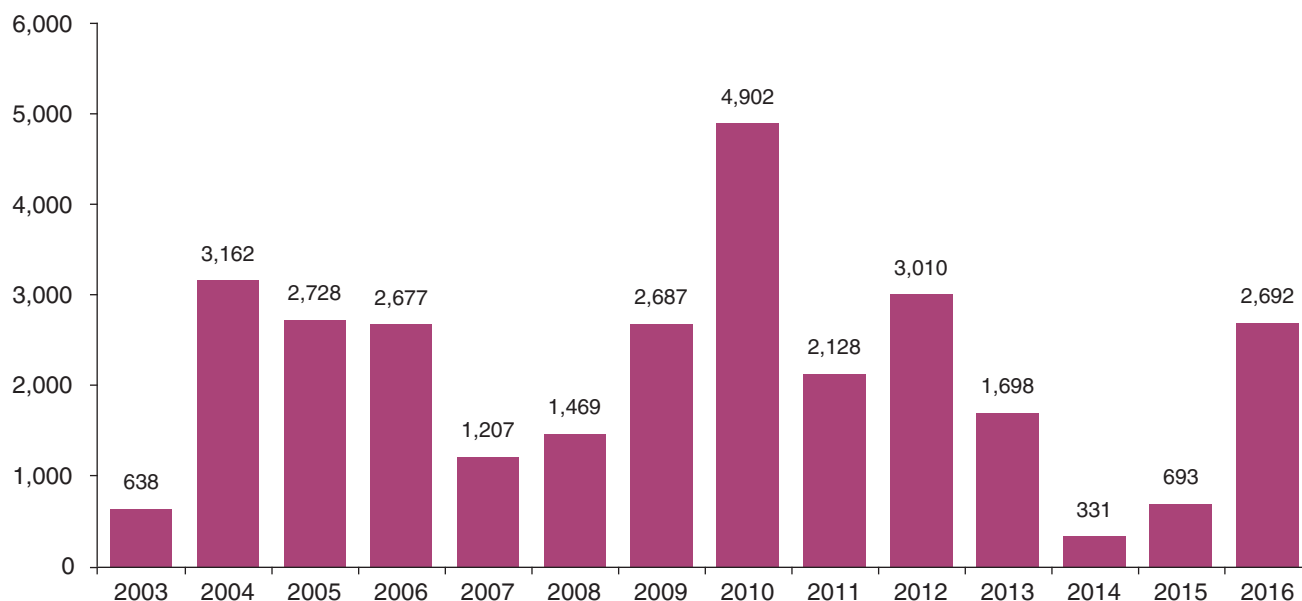
^{1/} La actualización de las cifras, así como las diferencias existentes se derivan de las conciliaciones realizadas durante el ejercicio 2016 con el Padrón Inmobiliario.

^{2/} CIESS: Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social.

^{3/} 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.

Gráfica XI.2.
Importe de las altas de mobiliario y equipo médico del Régimen Ordinario, 2003-2016^{1/}
(millones de pesos de 2016)



^{1/} La información sobre equipo y mobiliario médico proviene del Módulo de Activo Fijo.
Fuente: Dirección de Finanzas, IMSS.

Cuadro XI.14.
Número de bienes clasificados por categoría funcional del Régimen Ordinario e IMSS-PROSPERA, al cierre de 2016^{1/}

Categoría funcional	Número de bienes		Total
	Régimen Ordinario	IMSS-PROSPERA	
Aparato médico	215,728	33,281	249,009
Aparato e instrumental de laboratorio	29,894	8,911	38,805
Instrumental de cirugía general	9,902	729	10,631
Instrumental de cirugía y especialidad	49,290	4,724	54,014
Aparato médico Influenza A H1N1	1,966	158	2,124
Mobiliario médico	163,304	19,915	183,219
Mobiliario de laboratorio	17,610	548	18,158
Mobiliario médico Influenza A H1N1	64	-	64
Total	487,758	68,266	556,024

^{1/} La información sobre equipo y mobiliario médico proviene del Módulo de Activo Fijo.
Fuente: Dirección de Finanzas, IMSS.

Cuadro XI.15.
Equipo médico adquirido en 2016 por categoría funcional del Régimen Ordinario e IMSS-PROSPERA¹⁷

Categoría funcional	Régimen Ordinario		IMSS-PROSPERA		Total	
	No. de bienes	Importe (pesos)	No. de bienes	Importe (pesos)	No. de bienes	Importe (pesos)
Aparato médico	22,417	2,479,837,068	1,396	57,873,346	23,813	2,537,710,414
Aparato e instrumental de laboratorio	990	96,170,276	346	16,778,382	1,336	112,948,658
Instrumental de cirugía general	710	14,156,895	165	674,158	875	14,831,054
Instrumental de cirugía y especialidad	2,325	32,021,966	16	119,376	2,341	32,141,342
Aparato médico Influenza A H1N1	26	15,901,232	10	187,058	36	16,088,290
Mobiliario médico	3,147	53,745,488	719	8,097,799	3,866	61,843,287
Mobiliario de laboratorio	90	478,301	2	7,871	92	486,173
Mobiliario médico Influenza A H1N1	-	-	-	-	-	-
Total	29,705	2,692,311,226	2,654	83,737,990	32,359	2,776,049,216

¹⁷ La información sobre equipo y mobiliario médico proviene del Módulo de Activo Fijo.
Fuente: Dirección de Finanzas, IMSS.

se destinó 92% del total de los bienes; esta inversión representó 97% del gasto total en equipo y mobiliario médico en este año.

XI.3. IMSS Digital

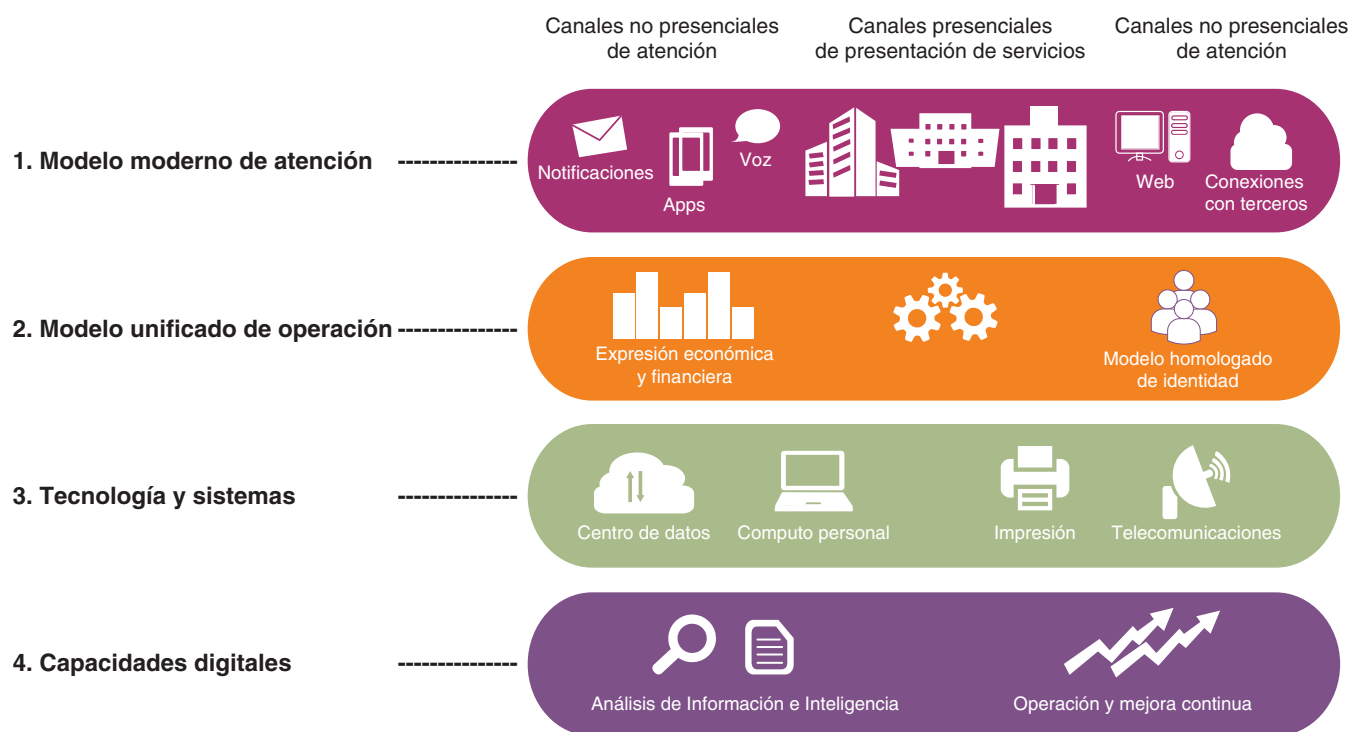
En 2017 se cumplen 4 años del lanzamiento de la estrategia IMSS Digital, lográndose con ello que el IMSS sea una institución más cercana a la ciudadanía, principalmente a sus derechohabientes, porque ha permitido reducir la complejidad de los trámites y servicios gracias a sus múltiples canales de atención. Tal 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, el objetivo del IMSS es continuar acercándose a la ciudadanía a través de IMSS Digital.

El IMSS ha hecho uso de las Tecnologías de la Información y Comunicaciones (TIC) para 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.

XI.3.1. Arquitectura IMSS Digital

La arquitectura IMSS Digital, se conforma de 4 capas: i) Modelo Moderno de Atención, que se conforma de diferentes canales digitales de atención alternativos a las ventanillas; ii) Modelo Unificado de Operación, el cual se encuentra en la nube privada y refleja la expresión económica y financiera de la operación, bajo un modelo de manejo homologado de identidades; iii) 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, y iv) Capacidades Digitales, las cuales son el conjunto de capital humano y herramientas necesarias para poder participar en el diseño, adopción y operación de los servicios digitales y de información (gráfica XI.3).

Gráfica XI.3.
Arquitectura IMSS Digital



Fuente: IMSS.

XI.3.2. Resultados de IMSS Digital

En 2013 se atendió de manera prioritaria la infraestructura de cómputo y almacenamiento centralizado, así como la red de telecomunicaciones que se encontraban obsoletas poniendo en riesgo la operación del Instituto. En este sentido, se habilitó un Centro de Datos y Plan de Recuperación de Desastres, a través de un modelo de consumo de tecnología como servicio y un nuevo modelo de red de telecomunicaciones con múltiples proveedores y tecnologías, gracias a la implementación de un Punto Neutro. Esto permitió que hoy la viabilidad tecnológica del Instituto esté resuelta.

Gracias a lo anterior, entre 2013 y 2015 a través del Modelo Moderno de Atención se desplegaron canales de atención no presencial adicionales a las ventanillas, como el Sitio Web “Acercando el IMSS al Ciudadano”, los trámites y servicios digitales, el Centro de Contacto

Institucional y la primera aplicación móvil del Instituto “App IMSS Digital”. Dentro de estos esfuerzos, se llevó a cabo el programa de desregulación, simplificación y digitalización de trámites más ambicioso del Instituto, con la finalidad de hacerle la vida más fácil a los derechohabientes. A julio de 2016 el IMSS contaba con 18 trámites digitales de los 23 registrados ante la Comisión Federal de Mejora Regulatoria (COFEMER) para derechohabientes y patrones, destacando el Sistema de Pago Referenciado (SIPARE), Asignación o Localización de Número de Seguridad Social, Consulta de vigencia de derechos, Actualización de datos de derechohabientes y consulta de semanas cotizadas. Con los canales de atención se ha beneficiado a los 74 millones de derechohabientes, más de 891 mil patrones y a la ciudadanía en general.

Durante 2016 se continuó con el diseño y habilitación de servicios de información para distintas áreas del Instituto, que permitieron la mejora y

eficiencia de varios procesos como: el esfuerzo sin precedentes de homologación y unificación de las identidades de patrones, trabajadores, beneficiarios y pensionados; el programa “Tu Receta es tu Vale” en la Ciudad de México; el tarjetón digital de nómina para los empleados del IMSS; la eliminación del requisito de comprobación de supervivencia presencial; el servicio de información móvil de atención hospitalaria (productividad médica); el servicio de censo de pacientes con insuficiencia renal crónica, y el módulo de consulta externa hospitalaria.

La estrategia IMSS Digital cuenta con resultados que se pueden medir desde distintos puntos de vista: 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, y en la infraestructura tecnológica de última generación a través de un modelo de consumo bajo demanda, que cumple con las necesidades diarias de la institución.

Gracias a la implementación de la estrategia IMSS Digital, se ha logrado disminuir el tiempo y gasto de traslado que tenían que realizar los derechohabientes y patrones para hacer trámites y ocupar los servicios ofrecidos; además, al no tener que asistir a las instalaciones del IMSS, se han disminuido los costos de oportunidad para ellos, debido a que pueden ocupar su tiempo en otras actividades.

XI.3.3. Acciones y resultados 2016-2017

De julio a diciembre de 2016 se sumaron nuevos grandes logros a los ya obtenidos en materia de TIC dentro del Instituto, los cuales contribuyen a mejorar la

calidad y calidez de los servicios y acercan cada vez más el IMSS a los ciudadanos. Estos nuevos resultados se describen a continuación.

XI.3.3.1. Modelo Moderno de Atención

El Modelo Moderno de Atención continuó fortaleciéndose gracias a los 4 canales de atención con los que hoy cuenta el Instituto (3 no presenciales y una ventanilla digital), dirigidos a derechohabientes, patrones y ciudadanía en general.

App IMSS Digital

De acuerdo con la Asociación GSMA¹⁴³, en 2016 México fue el segundo mercado móvil más grande de América Latina con 104 millones de conexiones y 89 millones de suscriptores que representan a 69% de la población¹⁴⁴. El informe que presenta la GSMA menciona que en 2015 se incrementó el uso de Internet móvil 3G+4G en 36% e indica que para 2020 se incrementará hasta llegar a 63%¹⁴⁵.

De esta manera, el IMSS ha aprovechado esta cobertura para llegar a la población usuaria de teléfonos móviles y continuar acercándose a la ciudadanía simplificando los trámites y servicios. Desde 2015, el Instituto cuenta con una aplicación móvil llamada IMSS Digital para teléfonos inteligentes y tabletas, misma que ofrece 6 servicios digitales: i) Obtener o consultar el Número de Seguridad Social; ii) Consulta de clínica; iii) Alta y cambio de clínica; iv) Ubicación de inmuebles; v) Consulta de vigencia de derechos, y vi) Cita médica.

¹⁴³ GSMA es una asociación de operadores móviles dedicada al apoyo de la normalización, implementación y promoción del sistema de telefonía móvil GSM.

¹⁴⁴ *Country overview México: El móvil empujando el crecimiento, la innovación y atrayendo nuevas oportunidades en línea* http://www.gsma.com/latinamerica/wp-content/uploads/2016/06/report-mexico2016_exec_summary-ES.pdf

¹⁴⁵ *Ídem*.

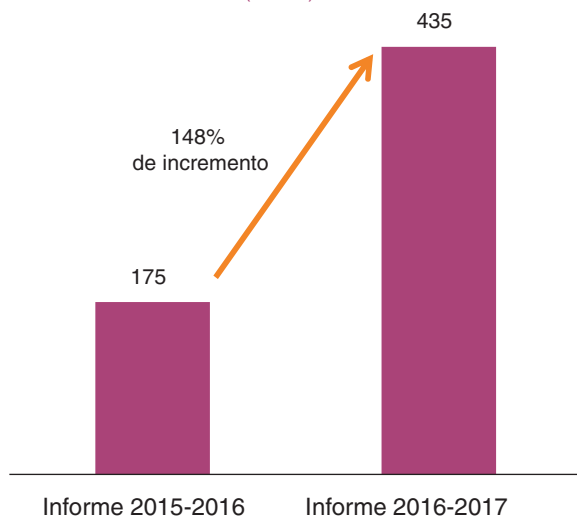
En diciembre de 2016 se habilitó la Cita Médica que permite al derechohabiente programarla en menos de 2 minutos en su Unidad de Medicina Familiar. La funcionalidad incluye una vista de todas las citas programadas por el derechohabiente (ya sea por la misma aplicación, vía telefónica o presencial) y la posibilidad de cancelarla(s). A finales de diciembre de 2016 se otorgaron más de 17 mil citas médicas por este medio.

Desde su liberación al mes de diciembre de 2016 la “App IMSS Digital” ha sido descargada 435 mil veces, lo cual incrementó 148% respecto a lo reportado en el Informe anterior, como se muestra en la gráfica XI.4.

A través de esta aplicación, al 31 de diciembre de 2016 se realizaron más de 1.2 millones de trámites y servicios, 215% más respecto a lo reportado en el Informe anterior, como se muestra en la gráfica XI.5. Esto ha evitado filas y les ha permitido a los ciudadanos ahorrar tiempo, dinero y esfuerzo, gracias a que es accesible y está disponible las 24 horas, los 365 días del año.

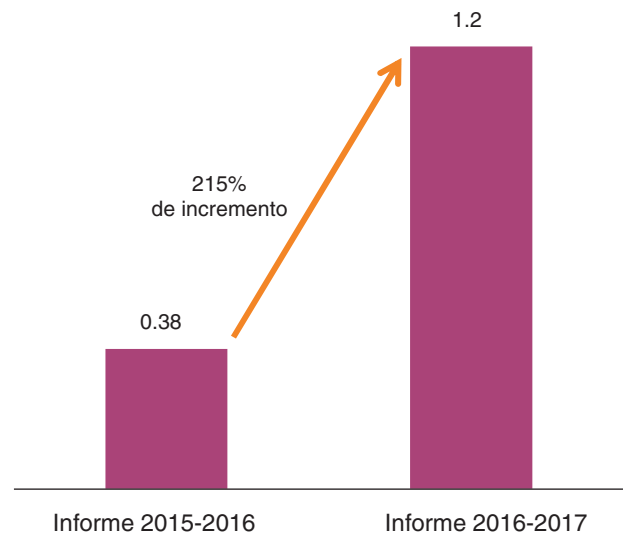
Los 1.2 millones de trámites y servicios realizados por la App IMSS Digital se muestran en la gráfica XI.6.

Gráfica XI.4.
Incremento de descargas de la aplicación IMSS Digital (miles)



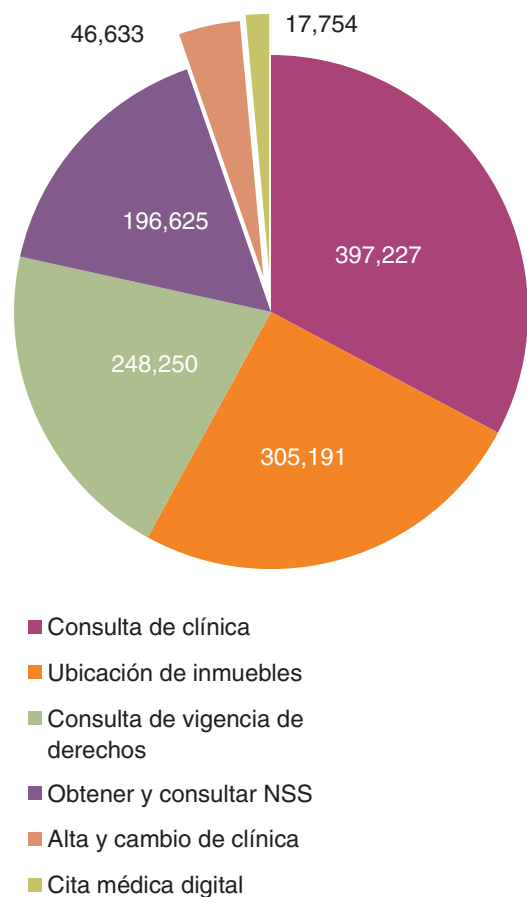
Fuente: IMSS.

Gráfica XI.5.
Incremento de trámites y servicios digitales vía App IMSS Digital (millones)



Fuente: IMSS.

Gráfica XI.6.
Trámites realizados en la App IMSS Digital (al 31 de diciembre de 2016)



Fuente: IMSS.

Servicios digitales

El Instituto cuenta con 20 trámites (18 registrados ante COFEMER) y 49 servicios digitales que contribuyen al objetivo de acercarse más a la ciudadanía. A diciembre de 2016 se han realizado más de 104 millones de atenciones digitales.

Entre los 5 trámites digitales más utilizados en 2016 se encuentra, en primer lugar, el Sistema de Pago Referenciado con 12 millones de transacciones realizadas por 891 mil patrones inscritos en el Instituto, por un monto mayor a 400 mil millones de pesos.

El segundo trámite más usado es Asignación o Localización del Número de Seguridad Social con 11 millones de atenciones digitales. Este trámite antes implicaba presentarse en la Subdelegación, hacer fila, presentar documentos en original y copia, además de llenar formularios; a la fecha, este trámite se realiza desde la comodidad de una computadora con Internet, a través del Sitio Web o desde la "App IMSS Digital".

El tercer trámite más utilizado es la Consulta de Vigencia de Derechos con más de 10 millones de consultas realizadas por los derechohabientes tanto en Sitio Web como en la "App IMSS Digital". Con esto los derechohabientes pueden consultar la vigencia de sus derechos sin la necesidad de acudir a las instalaciones del Instituto, lo que representa ahorros en tiempos de traslado y gastos de transporte.

El cuarto trámite es la Actualización de Datos del Derechohabiente que permite: registrar a sus dependientes, cambiar de clínica o consultorio, registrar prórrogas y bajas; con este trámite se han realizado más de 7 millones de interacciones.

Por último, la Consulta de Semanas Cotizadas se ha realizado más de 5 millones de veces desde su liberación, utilizando el Sitio Web de IMSS Digital.

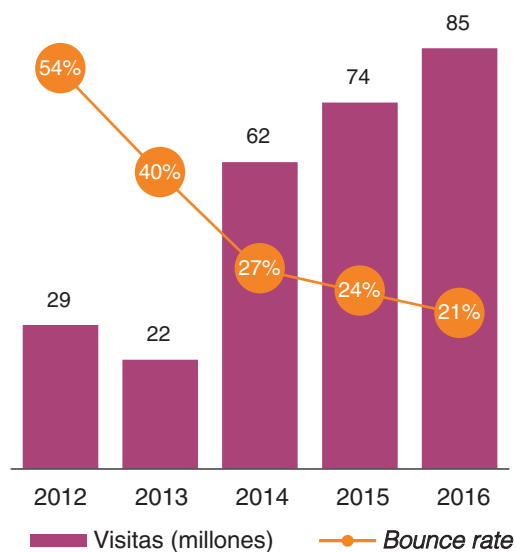
Sitio Web "Acercando el IMSS al Ciudadano"

El Sitio Web "Acercando el IMSS al Ciudadano" continúa siendo uno de los canales digitales más importantes del Instituto, ya que diariamente recibe más de 300 mil visitas y es uno de los portales más visitados dentro del Gobierno de la República. En este Sitio se encuentra el "Escritorio Virtual", representación de la ventanilla de atención presencial en el mundo digital, que contiene los trámites y servicios digitales con los que cuenta el Instituto.

Desde 2012, el Sitio Web incrementó de 29 a 85.5 millones sus visitas anuales, mejorando en 33 puntos porcentuales el índice que mide la permanencia de los visitantes sin abandonar la página antes de 30 segundos (*bounce rate*), como se muestra en la gráfica XI.7.

El Modelo Moderno de Atención reconoce el tema de la accesibilidad y más considerando que 2.1 millones de los derechohabientes del IMSS viven con alguna

Gráfica XI.7.
Visitas y bounce rate del Sitio Web "Acercando el IMSS al Ciudadano"



Fuente: IMSS.

discapacidad¹⁴⁶. Es por eso que el Instituto, alineado al Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018, al Programa para un Gobierno Cercano y Moderno, Programa Nacional para la Igualdad y No Discriminación 2014-2018, al Programa Nacional para el Desarrollo y la Inclusión de las Personas con Discapacidad 2014-2018; al Programa Nacional para el Desarrollo e Inclusión de las Personas con Discapacidad, y al Acuerdo que establece las disposiciones generales de accesibilidad Web en la Administración Pública Federal y empresas productivas, tiene hoy en día un portal Web accesible, es decir, “IMSS Digital para Todos”.

“IMSS Digital para Todos” consiste en hacer accesible el Sitio Web del Instituto para que pueda ser consultado y navegado por los derechohabientes que viven con alguna discapacidad, visual, motriz o auditiva. Mantiene la estructura original del sitio y brinda al usuario una experiencia simple, intuitiva y personalizada. A diciembre de 2016, el Sitio Web tuvo más de 1.2 millones de visitas.

De manera gradual, a partir de marzo de 2016, los casi 30 mil elementos que integran los contenidos del Sitio Web del IMSS (por ejemplo, las 2 mil páginas, 16 mil ligas, mil archivos en PDF y 6,300 imágenes) cumplen con los estándares internacionales de accesibilidad Web para personas con discapacidad de la autoridad internacional en la materia W3C¹⁴⁷, que desde 1994 regula a los miembros de la industria de Internet.

Este es un paso más en la modernización de los procesos y en la mejora de los servicios que brinda el IMSS. Con ello, se constituyen las bases para una nueva práctica de accesibilidad dentro del Instituto que será un ejercicio continuo de actualización y de mejora.

Centro de Contacto Institucional

El Centro de Contacto del Instituto ofrece 13 campañas con cobertura nacional y desde 2013 ha atendido a 23.3 millones de derechohabientes, patrones y ciudadanía en general; este servicio es uno de los más consolidados en su tipo dentro del Gobierno de la República. Algunas de las campañas que destacan son: Cita Médica, Pensionados, Atención al Contribuyente y Código Infarto.

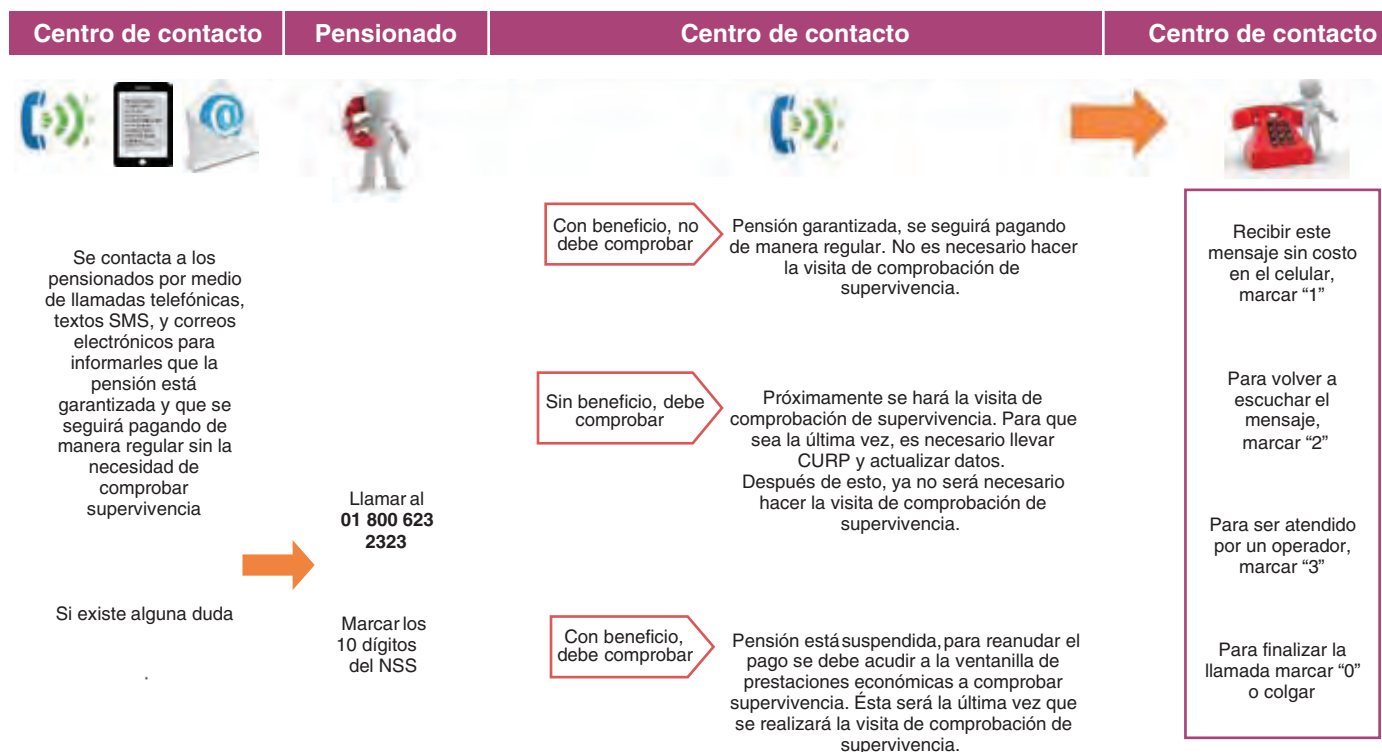
La campaña de Cita Médica tiene la finalidad de facilitar el acceso a la consulta de Medicina Familiar al derechohabiente. En 2016 el Centro de Contacto recibió 7.7 millones de llamadas, siendo la mitad de ellas para solicitar una cita médica.

A principios de 2016, el Instituto inició una estrategia multicanal de Atención a Pensionados, a través del Centro de Contacto. Esta campaña, como se muestra en el diagrama de la gráfica XI.8, contactó a los pensionados por medio de mensajes SMS, llamadas telefónicas y correo electrónico para informarles que su pensión está garantizada y que se seguirá pagando de manera regular sin la necesidad de asistir 2 veces al año al Instituto para comprobar su supervivencia. Este es uno de los ejemplos más representativos del Modelo Moderno de Atención de la estrategia IMSS Digital al ser una campaña multicanal, personalizada y no presencial. Durante el año 2016, este servicio estuvo disponible para los 3.2 millones de pensionados.

¹⁴⁶ IMSS. Registro Nacional de Derechohabientes con Discapacidad. Aplicable al primer nivel de atención del Instituto. Diciembre de 2015.

¹⁴⁷ *World Wide Web Consortium (W3C)* fija las pautas de accesibilidad para el contenido de Internet, indicando cómo debe ser programado un Sitio Web, a fin de que pueda ser consultado por personas que viven con alguna discapacidad.

Gráfica XI.8.
Campaña de Atención a Pensionados



Fuente: IMSS.

XI.3.3.2. Modelo Unificado de Operación

Durante el periodo 2015-2016 se diseñaron y habilitaron servicios de información para consumo de las distintas áreas de negocio del Instituto a partir de un Modelo Unificado de Operación, que han permitido la mejora y eficiencia de varios procesos, a través del componente de la Nube Privada IMSS. Estos servicios se describen a continuación.

Servicio de información de identidad y vigencia de derechos

Como ya se informó, en 2013 se inició un esfuerzo sin precedentes de homologación y unificación de las identidades de derechohabientes y patrones en una plataforma tecnológica que a diciembre de 2016 cuenta con más de 45 mil millones de registros. Sobre esta plataforma se fundó, en 2014, Acceder Unificado, servicio de información de la identidad y vigencia de derechos para ser consumido por los sistemas y los procesos que así lo requieren. Para el cierre de 2016 Acceder Unificado atiende cerca de 4.2 millones de consultas diarias sobre vigencia de derechos, como se muestra en el cuadro XI.16.

Cuadro XI.16.
Promedio de consultas diarias de Vigencia de Derechos

Servicios	Consultas diarias
Sistema de Información de Medicina Familiar (SIMF)	2,807,502
Trámites en Ventanilla	643,010
Farmacia	340,849
Expediente Clínico Electrónico	189,361
Trámites en Internet	67,615
Otros Sistemas Médicos ^{1/}	38,302
Retiro por desempleo	29,541
censo de Insuficiencia Renal Crónica (CIRC)	24,996
Servicios integrales	21,208
Guarderías	16,940
Total	4,179,324

^{1/} Otros sistemas médicos: CSI (Control de Servicios Integrales), SICEH (Sistema de Información de Consulta Externa), IMSS Vista (Sistema de Información Hospitalaria), CMT (Cita Médica Telefónica), Calculadora de Función Renal (Gto), Admisión Web (Jal), Cita a Especialidad (Jal), Fórmulas Magistrales (Jal), Nefrología (Jal), Oxígeno Domiciliario (Jal), SDPM (Servicio Digital de Productividad Médica), SIMO (Sistema de Información Médico Operativo), SEDIMEHA (Semáforo de Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial) y Cardiología (DG).

Fuente: IMSS.

Servicios de información para la comprobación de supervivencia

Gracias a la Nube Privada IMSS que permite la interoperabilidad entre el Instituto y otras dependencias, desde 2015 fue posible eliminar el requisito de comprobación de supervivencia presencial para pensionados. A diciembre de 2016, 3.2 millones de pensionados ya no tienen que presentarse a las instalaciones del IMSS cada 6 meses a comprobar su supervivencia.

Servicio de información móvil de atención hospitalaria

En apoyo a los procesos de atención hospitalaria, se otorgó un servicio de información móvil para que 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. Este esfuerzo incluyó la habilitación de redes inalámbricas y equipamiento de cómputo.

Esta herramienta se encuentra en operación en el Hospital de Oncología desde 2015; en 2016 se adicionaron el Hospital de Especialidades y Hospital de Pediatría del Centro Médico Nacional “Siglo XXI”, así como en el Hospital de Gineco-Obstetricia del Centro Médico Nacional “La Raza”. Contiene al momento 105 formatos digitales, así como flujos de trabajo para tareas de Enfermería, Ingresos y Egresos, Solicitudes de Estudios y Consulta de Resultados de Estudios de Laboratorio.

Servicios de información del módulo de Consulta Externa hospitalaria

En 2016 el módulo de Consulta Externa hospitalaria se incorporó en 22 unidades médicas para llegar a un total de 102, que representa una cobertura de 40% de los consultorios de segundo nivel y de 56% de tercer nivel de atención; esto permite que el personal médico cuente con una agenda de citas, registro de historia clínica de los pacientes, 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.

Adicionalmente, y gracias al esfuerzo para promover la adopción de este módulo, se ha alcanzado un promedio general de uso de 78%, lo que representa un incremento de 13% y 19 hospitales más respecto al Informe anterior.

XI.3.3.3. Tecnología y sistemas

Los servicios tecnológicos mantienen la operación y actualización de los sistemas y procesos institucionales a través del suministro de *hardware* y *software*. Desde 2013, el Instituto dejó atrás el modelo de tecnologías de autoconsumo para adoptar modelos de consumo bajo demanda, con la contratación de servicios de

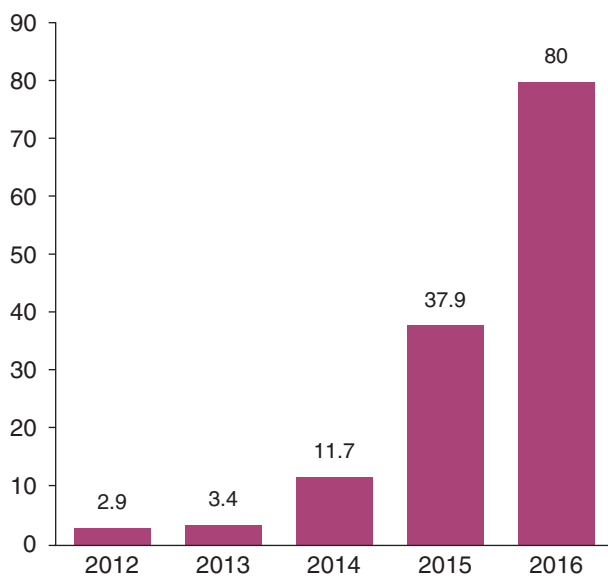
tecnología como servicios o bienes tercerizados, lo que ha hecho que hoy el Instituto tenga viabilidad tecnológica.

A diciembre de 2016 el IMSS cuenta con una red de telecomunicaciones 84% más barata y 25 veces más rápida (por *megabit* transferido) que la red anterior, como se muestra en la gráfica XI.9.

Desde 2013, el IMSS cuenta con un servicio tercerizado de Centro de Datos y Plan de Recuperación de Desastres, que ha permitido el despliegue de IMSS Digital y la actualización de los aplicativos al migrarlos de los Centros Nacionales de Tecnología Informática del Instituto (CENATIS) a este Centro de Datos.

Para continuar este esfuerzo, desde 2015 se llevó a cabo la contratación de los Servicios Administrados de Nube IMSS, que permiten dar continuidad a la operación de las aplicaciones ya migradas o que nacieron en el nuevo Centro de Datos ya contratado, tal como IMSS Digital.

Gráfica XI.9.
Red de telecomunicaciones del IMSS
(Gigabytes por segundo)



Fuente: IMSS.

Asimismo, se continuó con el fortalecimiento de la infraestructura tecnológica delegacional para los sistemas de salud, a través de la entrega de 289 servidores adicionales a los 317 entregados en 2014, con la finalidad de mejorar la capacidad de procesamiento y almacenamiento local.

XI.3.3.4. Capacidades digitales

A partir de 2013 se ha trabajado en la transformación del área de tecnología e innovación del IMSS, a través de importantes reestructuras; esto propició que la Dirección de Innovación y Desarrollo Tecnológico (DIDT) dejara de funcionar como un área que atendía requerimientos departamentales, con agendas digitales no unificadas, a ser una Dirección con una agenda digital conjunta, conformando una Plataforma Nacional de Mantenimiento de TIC.

Antes de 2013 las contrataciones de Tecnologías de la Información y Comunicaciones se realizaban a nivel central, y existía poco involucramiento de las delegaciones y Unidades Médicas de Alta Especialidad, lo que ocasionaba baja efectividad en los contratos, ello desencadenaba un rezago tecnológico y riesgo de que se suspendiera la continuidad operativa del Instituto.

El IMSS habilitó un nuevo modelo de consumo bajo demanda y desarrolla las capacidades locales de contratación, a través de un presupuesto local con base en estándares técnicos y administrativos diseñados centralmente. Durante 2016 se dispersaron 268 millones de pesos, lo que dio como resultado la reparación de 65,347 dispositivos de TIC (cableado, *switch*, PBX, teléfono, proyectores, lector escáner, servidores, monitores y computadoras), representando un incremento de 266% en el número de dispositivos reparados en comparación con 2015, lo cual refuerza los servicios de atención médica, así como actividades de afiliación y cobranza en las delegaciones.

Cabe señalar que de 2013 a 2016 se han dispersado 660.4 millones de pesos, que dieron como resultado 693 procedimientos locales de contratación, con un impacto de más de 157 mil dispositivos de TIC reparados.

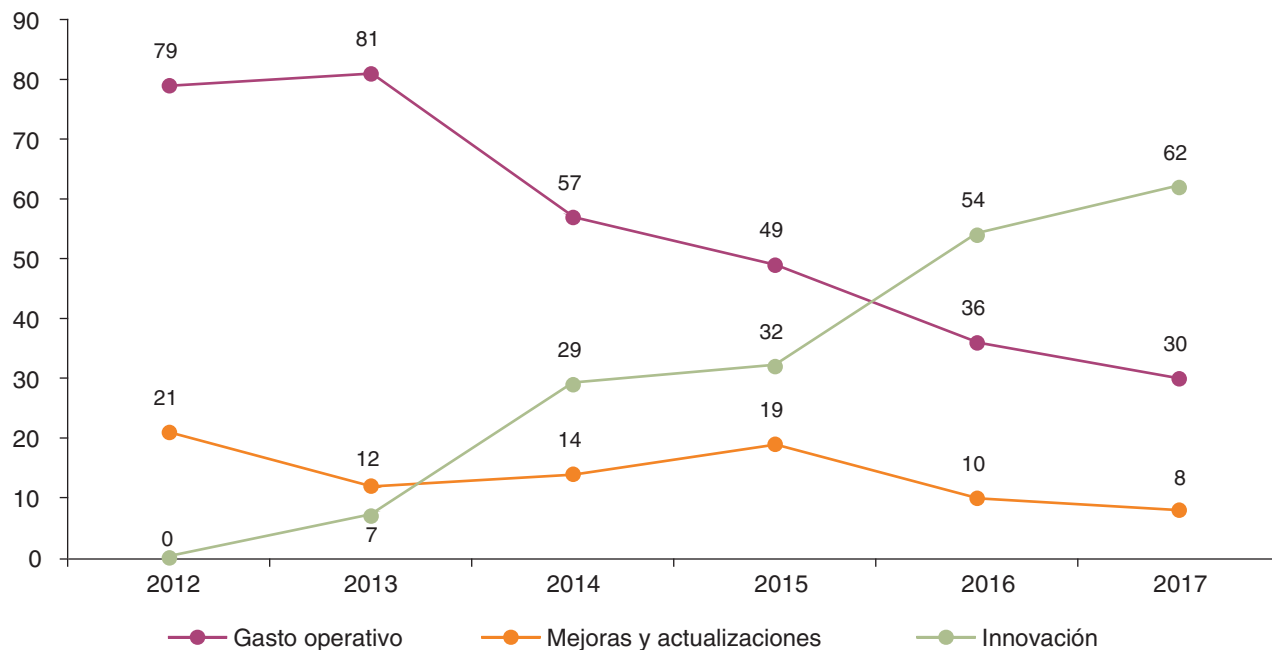
Durante 2016, se implementó el Programa Nacional de Adquisición de Equipo de Cómputo (PNAEC) mediante el cual se realizó la sustitución de 12,622 computadoras a nivel nacional abatiendo la obsolescencia de los equipos, con la finalidad de equipar los consultorios médicos de primer y segundo niveles, reducir los tiempos de espera en la UNIFILA y referencia del paciente a un nivel superior; además agilizar la ejecución de más de 6 millones de trámites anuales efectuados por las ventanillas que ofrecen servicios de Incorporación y Recaudación.

Para continuar con los avances de la agenda digital del Instituto, se mantuvo el esquema de racionalización

y priorización del portafolio de iniciativas tecnológicas, lo que ha permitido un mejor aprovechamiento del gasto y la reasignación de una parte del presupuesto a proyectos estratégicos. Se continúa reduciendo el gasto operativo que representaba 79% en 2012, a solo 36% en 2016, consolidando más de la mitad del presupuesto disponible para el rubro de innovación, el cual se espera que para finales de 2017 represente 62%, como se muestra en la gráfica XI.10.

En cuanto a la forma de contratar, se favoreció la adopción de esquemas que permitieran la disponibilidad de los servicios de Tecnologías de la Información y Comunicaciones que requiere el Instituto mediante contrataciones plurianuales, pasando de 3 contrataciones de este tipo en 2013 a 6 en 2016. En contraste, el presupuesto de estas últimas representó 52% del presupuesto total, cuando en 2013 representó solo 19%.

Gráfica XI.10.
Ejecución del gasto del área tecnológica^{1/}
(porcentaje)



^{1/} Presupuesto programado con base en el anteproyecto de presupuesto de la DIDT.
Fuente: IMSS.

Premios en materia de Tecnologías de la Información y Comunicaciones

En materia de TIC, el Instituto ha recibido varios premios y reconocimientos que lo han colocado a la vanguardia tecnológica y como referente tanto en el Sector Salud como en la manera de brindar atención médica y de seguridad social a casi la mitad de la población mexicana.

En abril de 2016 la estrategia “IMSS Digital” fue premiada como una de las buenas prácticas de Calidad de los Servicios y Tecnologías de la Información y de la Comunicación por la Asociación Internacional de la Seguridad Social (AISS), América 2016, la cual reconoce las buenas prácticas en la administración de la seguridad social para mejorar su eficiencia operativa y administrativa. Con esto el IMSS se vuelve un referente a nivel internacional de cómo brindar más y mejores servicios médicos y de seguridad social.

En el mismo mes, el proyecto “App IMSS Digital” recibió un reconocimiento especial al Gobierno Digital a nivel Federal, por parte de la revista U-GOB, en los premios al Gobierno Digital 2015.

En noviembre de ese año 2015, el proyecto “Escritorio Virtual IMSS Digital” ganó el primer lugar dentro de las Empresas más Innovadoras del Sector Público, que otorga la revista *Innovation Week*. El “Escritorio Virtual”, como se mencionó anteriormente, es la ventanilla de atención digital que le hace la vida más fácil a derechohabientes, patrones y ciudadanos bajo un modelo de autoservicio. Los trámites y servicios del IMSS ahora se pueden hacer digitalmente liberando recursos de atención para otros trámites que requieren la atención presencial. En noviembre de

2014, el proyecto de la Red de Telecomunicaciones también fue reconocido por *Innovation Week* dentro de las empresas más innovadoras del Sector Público, gracias a que este proyecto logra la viabilidad tecnológica del Instituto.

Asimismo, en marzo de 2015, el proyecto de “Cita Médica Telefónica” recibió el tercer lugar en la categoría de “Mejor Estrategia de Atención Ciudadana” del Premio Nacional a la Excelencia en la Relación Empresa-Cliente y Centros de Contacto, por el Instituto Mexicano de Teleservicios, organización líder en la industria de los *Contact Centers* y en la Administración de las Relaciones Empresa-Cliente en México y Latinoamérica.

Siguientes pasos

Con el claro objetivo de continuar robusteciendo la estrategia IMSS Digital y permanecer cada vez más cerca y de forma amigable con los ciudadanos, el IMSS tiene programado seguir trabajando para mejorar la atención brindada a los 74 millones de derechohabientes.

En materia de TIC, y debido a las ventajas de ahorros de tiempo y recursos que éstas representan tanto para el ciudadano como para la dependencia, el Instituto continuará focalizada en 2 principales acciones: i) incrementar el uso de los trámites digitales con los que hoy cuenta el IMSS, y ii) continuar con la liberación de trámites digitales de punta a punta, a través de los distintos canales de atención con los que hoy cuenta: el Sitio Web accesible “Acercando el IMSS al Ciudadano”, los servicios digitales, la aplicación móvil “App IMSS Digital” y el Centro de Contacto Institucional.

Los trámites y servicios digitales que se liberaron en el primer trimestre de 2017 son: Comprobación de supervivencia de jubilados ex trabajadores del IMSS, Cancelación de cita médica vía móvil y Corrección de datos del asegurado. La materialización de estos trámites y servicios digitales se logró a través de la coordinación entre las direcciones de Innovación y Desarrollo Tecnológico, de Prestaciones Médicas, y la de Prestaciones Económicas y Sociales.

El IMSS continuará realizando esfuerzos para digitalizar los trámites y/o servicios de: Pensión en Línea, Incapacidad por Internet, Sistema de Información de Registro de Obras de la Construcción (SIROC) por Web y Chécate en línea. Lo anterior con la finalidad de consolidar y perfeccionar el modelo digital del Instituto y continuar con los esfuerzos de agilizar y reducir la complejidad del IMSS hacia sus usuarios.



Tomando como base la información reportada en los capítulos precedentes de este Informe, a continuación se presentan algunas reflexiones y consideraciones relacionadas con las acciones y medidas más relevantes que se llevaron a cabo durante el año 2016, así como los retos que se presentan hacia adelante.

El Instituto Mexicano del Seguro Social, fundado en 1943, es la institución con mayor presencia en la atención a la salud y en la protección social de los mexicanos. Sus 74 años de existencia brindando servicios de salud y seguridad social a 74 millones de mexicanos (en Régimen Ordinario e IMSS-PROSPERA), no han estado exentos de cambios, retos y desafíos en distintos ámbitos.

Las transiciones demográfica y epidemiológica que se han venido registrando incidieron en la operación financiera del Instituto. En el primer caso, la estructura de la población por edad se modificó y desde la década de los 70 se está transitando a una población más envejecida, la cual demanda mayor atención y servicios de salud. En el segundo caso, las enfermedades infecciosas dejaron de ser las más importantes y son las crónico-degenerativas las de mayor complejidad y costo para la población. Todos estos factores ejercieron un impacto en el gasto y obligaron a instrumentar acciones de control de gasto e incremento en ingresos, a fin de garantizar la prestación de todos los servicios para los derechohabientes.

El pago de jubilaciones y pensiones de los trabajadores a cargo del IMSS representa una presión adicional de gasto estimada en más de 2 billones de

pesos durante los próximos 70 años. Como se indica en el Capítulo I, en 2016 este gasto representó un monto de 70,975 millones de pesos reales, y se estima que para 2017, este gasto ascienda a 80,871 millones de pesos.

Para hacer frente a estos acontecimientos, durante el periodo 2007 a 2012 fue necesario hacer uso del total de las reservas financieras consideradas en el Presupuesto de Egresos de la Federación (PEF), lo que provocó un déficit de 195 millones de pesos en 2007, y para 2012 éste pasó a 22,755 millones de pesos, con una tendencia que, de mantenerse, habría puesto en riesgo las finanzas públicas del país.

Ante este deterioro financiero, era imprescindible reorientar las acciones y estrategias del Instituto para fortalecer las finanzas sin afectar la calidad de los servicios médicos. El cambio estructural emprendido a partir de 2013 permitió revertir la tendencia, llegar a un punto de inflexión y mantener el control en el uso de las reservas, como se ha reportado en Informes anteriores.

En 2016, el C. Presidente de la República instruyó al recién nombrado titular del Instituto enfocar los esfuerzos para los próximos años en 3 grandes ejes:

1. Continuar con el **fortalecimiento financiero** del Instituto.
2. Mantener y acelerar los procesos de **simplificación de trámites**.
3. Mejorar la **calidad y calidez de los servicios médicos**.

XII.1. Eje 1- Fortalecimiento Financiero

El uso del total de las reservas financieras consideradas en el Presupuesto de Egresos de la Federación, durante el periodo 2007-2012, que, como se refiere líneas arriba, ponía en riesgo la viabilidad del Instituto, obligó a tomar medidas firmes para revertir la tendencia negativa con la que se operaba.

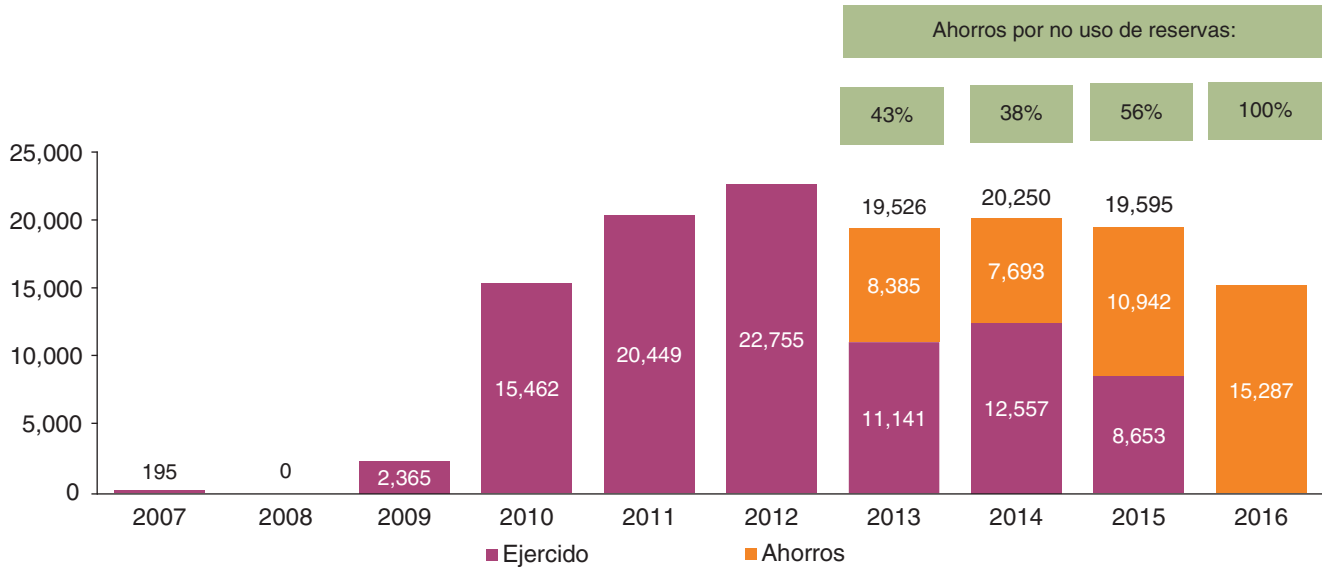
A partir de 2013, se implementó una estricta disciplina financiera que permitió la disminución en el uso de reservas y dio como resultado una reducción del déficit de operación del Instituto. Después de cerrar el año 2012 con un uso de reservas de 22,755 millones de pesos, 2016 es el primero en los últimos 8 años en que se registra un superávit equivalente a 6,388 millones de pesos corrientes¹⁴⁸, es decir, 50% más que el último registrado hace 8 años, y sin necesidad de hacer uso de las reservas (gráfica XII.1).

Lo anterior pone de manifiesto que el esfuerzo de saneamiento financiero emprendido durante la presente Administración permitió al IMSS pasar de números rojos a negros, revirtiendo la tendencia deficitaria y evitando la quiebra técnica que se esperaba para 2014.

La disciplina financiera que se llevó a cabo en el Instituto fue resultado, principalmente, del uso racional de los recursos y la asignación eficiente del gasto que permitieron generar eficiencias para ser orientados hacia fines productivos, como la inversión en infraestructura, la adquisición de equipo médico, la compra de medicamentos, por mencionar algunos.

¹⁴⁸ Corresponde a 6,743 millones de pesos de 2017.

Gráfica XII.1.
Uso de Reservas, 2007-2016
(millones de pesos)



Fuente: IMSS.

Como se menciona en el Capítulo XI, entre las medidas asociadas al control eficiente del gasto se encuentran: esquema de compras consolidadas; contratación de servicios integrales; sustitución del parque vehicular de un esquema de compra a uno de arrendamiento, y disminución del gasto en prestaciones económicas (cuadro XII.1).

El esquema de Compras Consolidadas 2015-2016 que lidera el IMSS por cuarto año consecutivo, piedra angular de la estrategia de abasto que atiende las necesidades de medicamentos, vacunas y material de curación, generó ahorros por 2,521 millones de pesos durante 2016 para todas las dependencias del Sector Salud, Entidades Federativas e Institutos participantes, de los cuales 1,602 millones de pesos corresponden al IMSS.

Cuadro XII.1.
Acciones asociadas al control eficiente del gasto
(millones de pesos)

Acción o Programa	Ahorros en 2016
Ahorros por compras consolidadas ^{1/}	1,602
Contratación de servicios integrales (hemodiálisis ambulatoria, servicios de laboratorio, banco de sangre y mínima invasión)	2,969
Ahorros por sustitución de parque vehicular por servicios integrales de arrendamiento	101
Disminución en 41% de los pagos en efectivo a nómina de trabajadores y pensionados	6.5
Disminución del gasto en prestaciones económicas	1,500
Total Acumulado	6,178.5

^{1/} Se obtuvieron ahorros para el IMSS por 2,291 millones de pesos para la compra consolidada 2016-2017.

Fuente: IMSS.

Como resultado del proceso 2016-2017, se obtuvieron ahorros por un monto de 3,352 millones de pesos para todas las empresas participantes, con lo que el ahorro acumulado derivado de las compras consolidadas en lo que va de la presente Administración alcanzó un total de 14,214 millones de pesos, de los cuales, 8,433 millones corresponden al IMSS. Estos procedimientos se realizaron bajo un marco de absoluta transparencia y competencia en todas las fases del proceso, entre ellas la transmisión en línea de actos como las juntas de aclaraciones y el anuncio de los resultados de cada licitación, el acompañamiento permanente de actores externos como garantes del procedimiento, y la participación comprometida de distintas instituciones y organismos del Sector Salud.

La contratación de servicios integrales (terapias de sustitución renal, servicios de laboratorio, banco de sangre y mínima invasión) generaron ahorros en 2016 de aproximadamente 2,969 millones de pesos, y se estiman ahorros adicionales por 10,408 millones al finalizar los contratos, lo que permitirá otorgar de manera oportuna y eficiente dichos servicios, con mejores condiciones de calidad y control por parte del IMSS.

El cambio de estrategia para la sustitución del parque vehicular, que consistió en abandonar un esquema basado en la compra para utilizar uno de arrendamientos de vehículos para delegaciones y ambulancias, generó ahorros estimados de 101 millones de pesos en 2016, que permitirán reforzar el programa de sustitución de la flota vehicular del Instituto.

De manera adicional a las medidas de eficiencia en el gasto, el IMSS ha puesto especial énfasis en buscar mecanismos para mejorar la recaudación y hacer un uso racional de los recursos.

Como se menciona en el Capítulo II, en lo que va de la actual Administración, los ingresos obrero-patronales

del IMSS han presentado un comportamiento favorable, superando las expectativas, a pesar de enfrentar un escenario económico adverso.

En 2016 se obtuvieron ingresos por 268,844 millones de pesos, 71,644 millones superior a lo recaudado en 2012. Esto representó un crecimiento de 36.3% nominal y de 19.5% real en el periodo 2012-2016, en contraste con lo reportado en la Administración anterior de 3% real, considerando el mismo periodo, que lo convierte en el mejor cuatrienio de la historia del IMSS en materia de recaudación (gráfica XII.2).

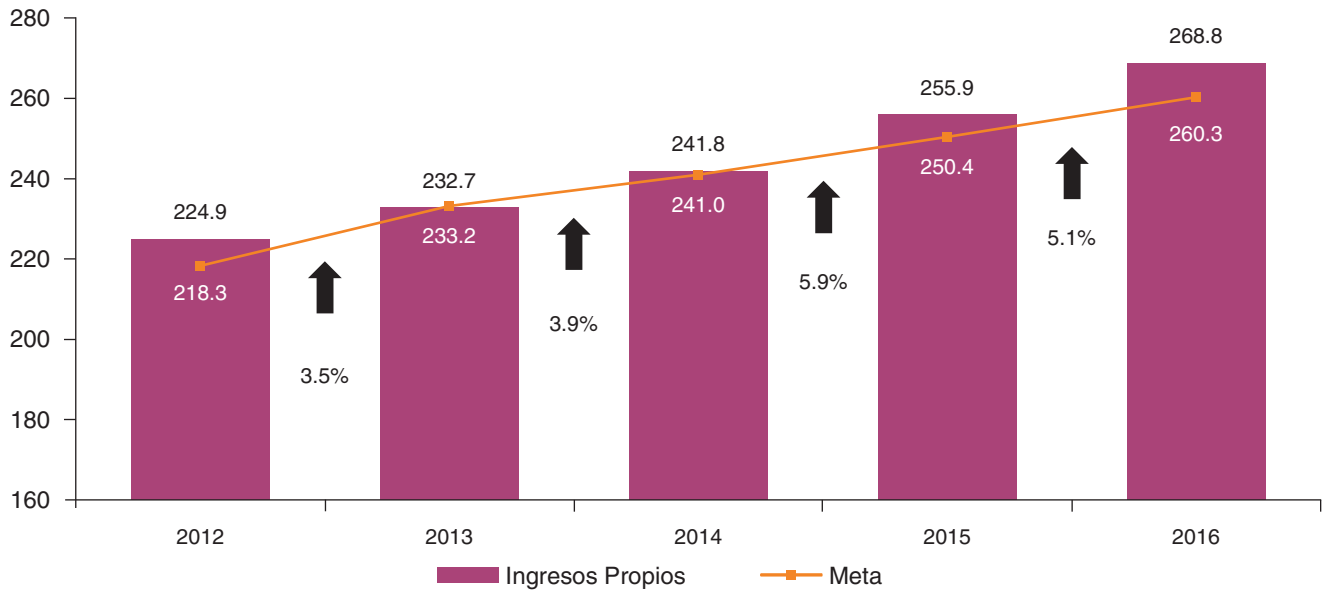
Las cifras favorables reportadas son resultado del acelerado proceso de formalización del empleo; de la simplificación y digitalización de trámites (que se presenta en el siguiente apartado de este capítulo), y del Modelo Integral de Fiscalización, como se ha mencionado en Informes anteriores.

En 2016 se crearon 732,591 empleos formales, 88,145 más que los reportados al cierre de 2015 y 250,344 más que el aumento promedio reportado en los diez años previos. Estos empleos generados equivalen a una tasa de crecimiento anual de 4.1%, cuando la economía creció en 2.3% (gráfica XII.3). Cabe mencionar que a noviembre de 2016 se habían creado más de 1 millón de empleos, cifra récord en la historia del país para un periodo de 11 meses. De esta forma, la creación de empleo durante 2016 es el mayor aumento reportado desde 1997 y el cuarto desde que se tiene registro.

En lo que va de 2017, la afiliación al IMSS mantiene su comportamiento favorable. La creación de empleo formal de 140,347 puestos durante marzo constituyó el mejor incremento reportado en un mes de marzo desde que se tiene registro.

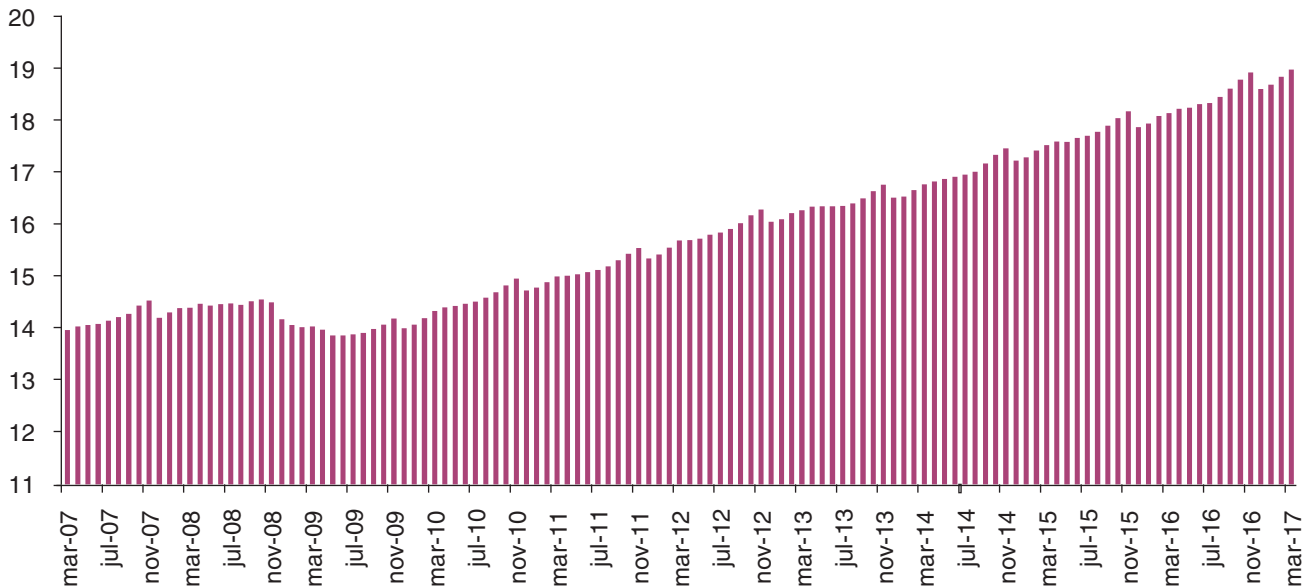
De manera acumulada, durante la presente Administración (hasta el 31 de marzo de 2017) se ha logrado disminuir la informalidad con la creación de 2'699,382 empleos formales. Esta es la mayor creación

Gráfica XII.2.
Ingresos del IMSS y Meta de la Ley de Ingresos de la Federación^v, 2012-2016
 (miles de millones de pesos de 2016)



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

Gráfica XII.3.
Puestos de trabajo en el IMSS, marzo-marzo de 2017
 (cifras en millones)



Fuente: IMSS.

reportada, casi 3 veces superior a lo obtenido en el mismo periodo de la anterior Administración, e incluso mayor que lo alcanzado en la totalidad de los sexenios anteriores, como se indica en el Capítulo II.

En cuanto al Modelo Integral de Fiscalización que se ha llevado a cabo a partir de 2014, éste ha permitido el fortalecimiento de la capacidad de generación de ingresos del Instituto, al tiempo que ha promovido de manera importante la formalización del empleo y la equidad en el financiamiento de la seguridad social.

Las acciones realizadas como parte de este Modelo, que se detallan en el Capítulo II, han incidido de manera favorable en la mejora de la gestión fiscal del Instituto, la promoción de la regularización voluntaria y la disminución de los actos de molestia a los patrones cumplidos.

XII.2. Eje 2- Simplificación y Digitalización de Trámites

En 2012, el modelo de atención a los derechohabientes del IMSS era presencial y ningún trámite se realizaba de punta a punta de manera digital; el llenado de formularios se hacía a mano y los documentos tenían que presentarse en original y copias, lo que implicaba invertir tiempo y hacer largas filas antes de ser atendido.

Para corregir esta situación, el IMSS decidió hacer uso de la tecnología para brindar mejores servicios a los derechohabientes, y aprovechando las bondades de la Estrategia Digital Nacional de la presente Administración, se diseñó la estrategia IMSS Digital, que extiende la atención hacia canales digitales alternativos, más eficientes y más ágiles.

IMSS Digital abarca principalmente: i) El sitio Web —la cara electrónica del Instituto frente al derechohabiente—, que se transforma en una herramienta funcional y amigable para que los usuarios

puedan obtener información y orientación respecto de los servicios que se ofrecen; ii) Mejora en la atención a usuarios, que facilita la interacción con el Instituto mediante mecanismos que reduzcan los costos de transacción para todos los usuarios, y iii) Digitalización y Simplificación de trámites que utiliza la capacidad instalada en materia de tecnologías de la información.

Como parte de esta estrategia, de los 23 trámites registrados ante la Comisión Federal de Mejora Regulatoria (COFEMER), actualmente hay 18 digitalizados, lo que representa un avance de 78%. Con ello, en 2016 se realizaron 51 millones de trámites digitales, con lo cual las personas han dejado de realizar gestiones de forma presencial a partir de la implementación de IMSS Digital.

Adicionalmente, con el propósito de facilitar al derechohabiente la realización de trámites ante el Instituto, se ha llevado a cabo un proceso de mejora y simplificación en el que destacan los que se incluyen en los cuadros XII.2 y XII.3.

De los cuadros anteriores se destacan las medidas desarrolladas para mejorar la atención que reciben las mujeres derechohabientes y sus hijos:

- Simplificación del trámite de incapacidad por maternidad, que benefició a 75 mil mujeres que atienden su parto fuera del IMSS, 28% del total de 273 mil trabajadoras que solicitan la prestación anualmente; con ello se evitaron 350 mil visitas a unidades médicas que no eran necesarias.
- Flexibilización de la distribución de semanas de incapacidad por maternidad, para que las madres puedan transferir desde 1 y hasta 4 semanas del periodo de descanso prenatal al postnatal, con lo que podrán pasar más tiempo con sus bebés, previo a su reincorporación al trabajo.
- Aumento de 25 mil nuevos espacios disponibles en guarderías para apoyar a las madres

Cuadro XII.2.
Trámites simplificados

Medida	Antes de implementación	Después de implementación	Cambio
Eliminación de la Comprobación de Supervivencia ^{1/}	7 millones visitas por año al IMSS	0 visitas por año al IMSS	Reducción de 100% en visitas al IMSS
Simplificación de trámites de pensión ^{2/}	20 trámites	10 trámites	Reducción de 50% en trámites de pensiones
Cita médica digital	Las citas se programaban de manera presencial en la UMF ^{3/} y tomaba 8 minutos	La cita se programa vía la APP IMSS Digital en 2 minutos	Reducción de 75% en los tiempos de espera y se asignan 5 mil citas diarias
Simplificación de trámites de maternidad ^{4/}	350 mil visitas médicas al IMSS	0 visitas médicas al IMSS	Reducción de 100% de visitas médicas al IMSS
Incapacidad por maternidad	6 semanas previas, 6 semanas posteriores al parto	Desde 1 hasta 4 semanas el periodo de descanso prenatal al posnatal	Esquema de distribución de semanas flexible
Simplificación del certificado de valoración médica en guarderías ^{5/}	1.2 millones de visitas a UMF para obtener certificados	0 visitas a UMF para obtener certificados	Reducción de 100% en visitas a UMF

^{1/} Se alcanza un total de 3.5 millones de pensionados.

^{2/} Los trámites simplificados son: Solicitud de pensión por invalidez, de cesantía en edad avanzada o vejez, de viudez, de orfandad, de ascendientes, de incapacidad permanente y de retiro.

^{3/} UMF: Unidad de Medicina Familiar.

^{4/} Un total de 273 mil trabajadoras solicitan la prestación de incapacidad y subsidio por maternidad. Del total, 28% decide atender su parto fuera del IMSS.

^{5/} Ahora se podrá realizar este procedimiento contando con un certificado de valoración médica emitido por un médico privado.

Fuente: IMSS.

Cuadro XII.3.
Procesos de mejora

Medida	Antes de la implementación	Después de la implementación
Ampliación del número de lugares en nuevas guarderías ^{1/}	En 2015, se amplió el número de espacios disponibles en guarderías en 10 mil lugares.	Se aprobó el presupuesto para 25 mil nuevos lugares para guarderías, lo cual representa un incremento de 150% respecto a 2015.
Nuevos menús	Los menús proporcionados no consideraban la cantidad de: 1. Azúcares añadidos. 2. Sustancias procesadas. 3. Granos enteros integrales. 4. Ácidos grasos esenciales.	Se ofrece un menú más sano para los 200 mil niños en las 1,375 guarderías del IMSS. El nuevo menú proporciona una alimentación sana, variada y suficiente: 1. Libre de azúcares añadidos. 2. Libre de sustancias procesadas. 3. Contiene granos enteros integrales. 4. Contiene ácidos grasos esenciales. 5. Sólo ofrece agua natural.
Certificación ante la Secretaría de Educación Pública (SEP)	Las madres y padres se veían obligados a sacar de las guarderías a sus hijos de 3 y 4 años de edad para inscribirlos en escuelas de educación preescolar.	El IMSS extiende certificados con reconocimiento de la SEP para los niños que cursen el primer año de educación preescolar. A mayo de 2017, 29 estados de la República cuentan con certificados de educación preescolar con reconocimiento de la SEP.

^{1/} Con este resultado se cumplió con la instrucción presidencial.

Fuente: IMSS.

trabajadoras, lo cual representa un incremento de 150% en el número de lugares para guarderías respecto a 2015, que fue de 10 mil lugares.

- Arranque del Programa Nacional de Certificación de Guarderías, el cual permite al IMSS, por primera vez, extender certificados con validez oficial de la Secretaría de Educación Pública a los niños y niñas que cursan el primer año de educación preescolar. Con esto, se evita que las madres y los padres saquen de las guarderías a sus hijos de 3 y 4 años de edad para inscribirlos en escuelas de educación preescolar; les permite ahorrar en colegiaturas y en el costo de oportunidad de abandonar el puesto de trabajo durante el día para recoger a los niños. A mayo de 2017 son 29 estados de la República los que se han sumado a este programa, en beneficio de sus habitantes.

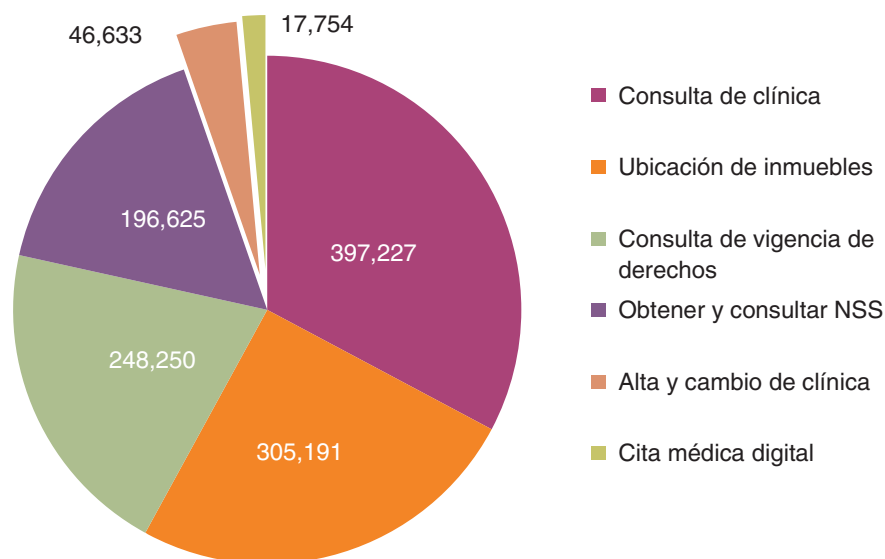
La APP IMSS Digital es una plataforma innovadora y dinámica que permite al Instituto extender su oferta de atención presencial en ventanillas hacia canales digitales alternativos.

Esta aplicación para teléfonos inteligentes y tabletas permite al ciudadano realizar sus trámites directamente desde su teléfono, ofreciendo 6 servicios digitales: alta o consulta del Número de Seguridad Social; consulta de clínica; alta o cambio de clínica; consulta de vigencia de derechos; directorio de inmuebles, y programar citas médicas, los cuales han sido realizados 1.2 millones de veces (gráfica XII.4).

En 2016 la estrategia IMSS Digital fue premiada como una de las buenas prácticas de Calidad de los Servicios y Tecnologías de la Información y de la Comunicación por la Asociación Internacional de la Seguridad Social, América 2016; a su vez, el proyecto APP IMSS Digital recibió un reconocimiento especial de la revista U-GOB, en los premios al Gobierno Digital 2015. Ambos reconocimientos convierten al IMSS en un referente a nivel internacional en el otorgamiento de más y mejores servicios médicos y de seguridad social con el apoyo de la tecnología.

Actualmente, la APP IMSS DIGITAL es la aplicación del Gobierno de la República con mayor número de descargas, las cuales ascienden a 664 mil.

Gráfica XII.4.
App IMSS Digital: Trámites realizados
(a diciembre de 2016)



NSS: Número de Seguridad Social.
Fuente: IMSS.

XII.3. Eje 3- Calidad y Calidez de los Servicios Médicos

En línea con la tercera instrucción presidencial, el 8 de marzo de 2016 se presentó la Estrategia Integral para Fortalecer la Atención Médica, que incluye 10 medidas concretas para mejorar la calidad y calidez de los servicios médicos.

Esta estrategia se compone de un conjunto de iniciativas que ya estaban en operación y que ante los beneficios mostrados se decidió el escalamiento a nivel nacional, pero también se incorporaron nuevas medidas que buscan incidir en el uso eficiente de los recursos, en la reducción de los tiempos de espera en consultas, cirugías y citas con especialistas, principalmente.

UNIFILA: Pacientes sin cita

Con el objetivo de disminuir los tiempos de espera de los pacientes que acuden sin cita a las Unidades de Medicina Familiar (UMF), distribuir homogéneamente las cargas laborales entre los consultorios y optimizar los espacios disponibles en las agendas de citas, se desarrolló e implementó el programa de Unifila: Pacientes sin cita.

Los principales componentes de este programa son:

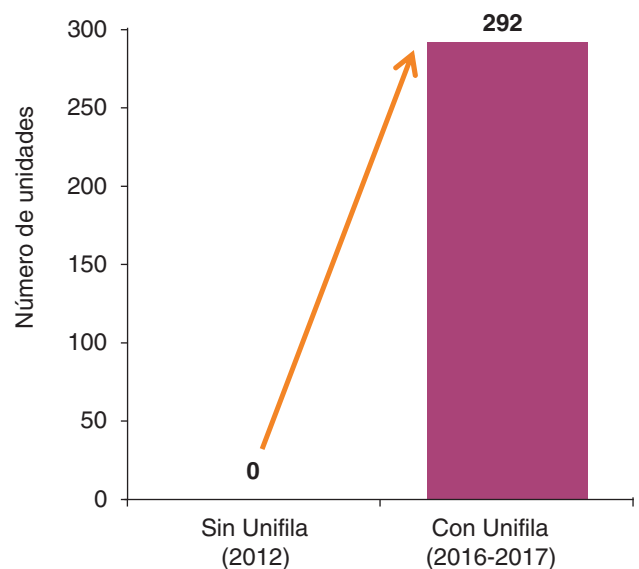
- Reorganización de la agenda de citas de los médicos familiares.
- Otorgamiento de 3 opciones de atención a los pacientes que llegan sin cita: i) cita el mismo día en su consultorio, si se tienen lugares disponibles; ii) cita otro día en su consultorio; iii) pasar a Unifila para atención en otro consultorio el mismo día.

- Para esta última opción se estableció un módulo de Unifila, en el cual los pacientes son recibidos y dirigidos a aquél consultorio con disponibilidad de citas para ser atendidos por un médico familiar.

Antes de la implementación de esta iniciativa, los pacientes sin cita esperaban, en promedio, más de 2 horas para recibir atención médica. Actualmente, este tiempo de espera se ha reducido a 47 minutos en promedio, lo que representa una reducción de 61%.

En enero de 2017 concluyó la implementación de Unifila en 292 Unidades de Medicina Familiar en todo el país, esto es, 100% de las unidades planteadas en la Fase 1, con lo que se benefician 37.6 millones de derechohabientes, cubriendo 69.6% de la población total adscrita a Unidades de primer nivel de atención (gráfica XII.5).

Gráfica XII.5.
Implementación de Unifila, 2016-2017
(número de unidades con la iniciativa implementada)



Fuente: Dirección de Planeación Estratégica Institucional, IMSS.

Referencias a segundo nivel de atención

Para obtener una cita en el segundo nivel de atención, anteriormente los pacientes invertían más de una hora en recolectar firmas y sellos de vigencia en la Unidad de Medicina Familiar para que, después de 4 a 7 días, en una visita adicional a la clínica obtuvieran la cita con el especialista.

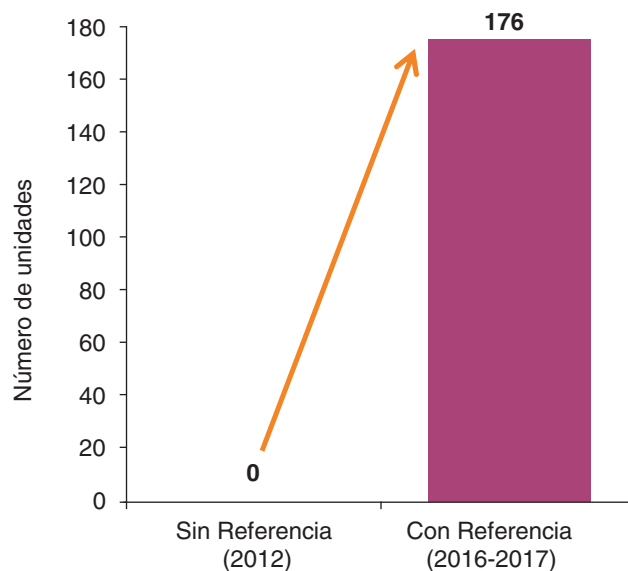
La iniciativa Referencias tiene el objetivo de eliminar trámites innecesarios y reducir tiempos de espera requeridos para realizar la programación de una cita con un médico especialista en un hospital de segundo nivel de atención.

Los elementos clave de esta iniciativa son: i) eliminar la solicitud de la firma del Jefe de Servicio y sello de vigencia, y ii) utilizar un sistema electrónico de referencias para realizar la solicitud de citas.

Previo a la implementación de este programa, los pacientes pasaban más de 1 hora haciendo trámites, tenían que esperar hasta 2 semanas para recibir la confirmación de su cita e incluso regresaban en múltiples ocasiones a la Unidad de Medicina Familiar. Con Referencias a segundo nivel de atención, los pacientes esperan menos de 30 minutos para recibir la confirmación de su cita con el especialista.

A enero de 2017, este programa ha sido implementado en 176 áreas médicas en todo el país, esto es, 100% de los hospitales planteados en la Fase 1, beneficiando a 53.9 millones de derechohabientes, 100% de la población total adscrita a Unidades de Medicina Familiar (gráfica XII.6).

Gráfica XII.6.
Implementación de Referencias a segundo nivel de atención, 2016-2017
(número de unidades con la iniciativa implementada)



Fuente: Dirección de Planeación Estratégica Institucional, IMSS.

Gestión de Camas

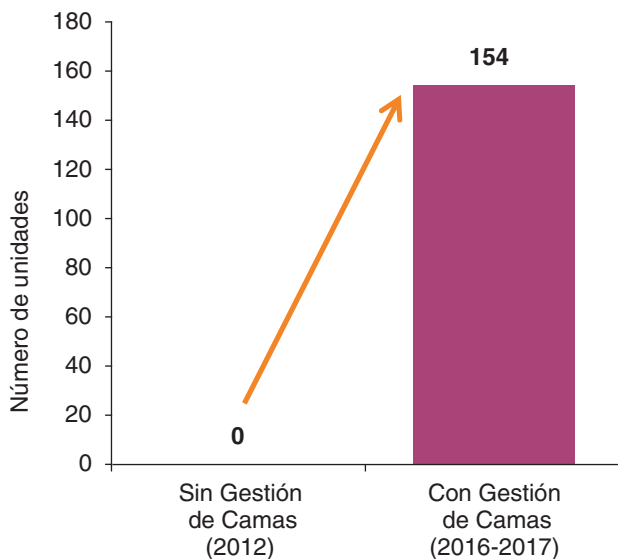
Esta iniciativa tiene el objetivo de disminuir el tiempo en que las camas permanecen vacías en los pisos de hospitalización entre el egreso y el ingreso de un nuevo paciente, agilizando la desocupación y ocupación de las camas.

Este programa busca, entre otras cosas: i) conformar un equipo de Gestión de Camas integrado por médicos, asistentes médicas, enfermeras, trabajadoras sociales, personal de limpieza e higiene y conservación para realizar recorridos por los servicios de hospitalización, con el fin de agilizar el proceso de egreso de pacientes y conocer la disponibilidad de camas, y ii) fortalecer la prealta y el alta efectiva.

Antes de la implementación de esta iniciativa, el tiempo promedio que las camas de hospitalización permanecían vacías entre el egreso de un paciente y el ingreso de otro era de 22 horas. Gracias a Gestión de Camas, actualmente este tiempo es de menos de 8 horas en promedio y se tiene como meta llegar a 5 horas.

En marzo de 2017 concluyó la implementación de Gestión de Camas en 154 hospitales regionales y de zona, 100% de los hospitales planteados para la Fase 1, beneficiando a casi 53.7 millones de derechohabientes, es decir, 100% de la población total adscrita a Unidades de Medicina Familiar (gráfica XII.7).

Gráfica XII.7.
Implementación de Gestión de Camas, 2016-2017
(número de unidades con la iniciativa implementada)



Fuente: Dirección de Planeación Estratégica Institucional, IMSS.

Mejora de Urgencias/Triage

Esta iniciativa se implementó con el objetivo de mejorar la oportunidad de la atención en los servicios de Urgencias mediante las siguientes estrategias:

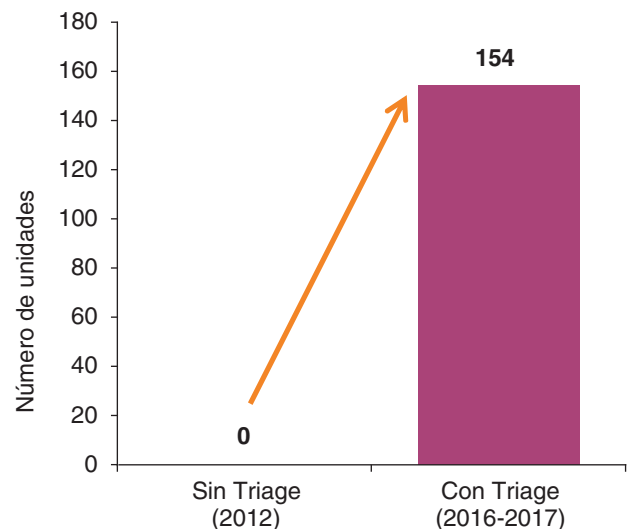
- Crear un nuevo proceso para clasificar a todos los pacientes por nivel de urgencia antes de realizar cualquier trámite de tipo administrativo.

- Asegurar tiempo de atención según la clasificación.
- Implementar un área de Observación intermedia para pacientes con estancias menores a 3 horas.
- Informar, de manera oportuna, a pacientes y familiares sobre el diagnóstico, plan de tratamiento y pronóstico.
- Proyectar videos educativos en la sala de espera.

Este programa ha logrado una mejor organización en los servicios de Urgencias y una atención oportuna a los derechohabientes de acuerdo con su nivel de gravedad y no con el orden de llegada.

En marzo de 2017 concluyó la implementación de Mejora de Urgencias/Triage en 154 hospitales regionales y de zona, beneficiando a casi 53.7 millones de derechohabientes, es decir, 100% de la población total adscrita a Unidades de Medicina Familiar (gráfica XII.8).

Gráfica XII.8.
Implementación de Urgencias/Triage, 2016-2017
(número de unidades con la iniciativa implementada)



Fuente: Dirección de Planeación Estratégica Institucional, IMSS.

Código Infarto

Las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de muerte en el IMSS, la tercera causa de pensión por invalidez y la segunda causa crónica de mayor gasto total. Ante esta situación, el Instituto se enfocó en el desarrollo del programa denominado Código Infarto, cuyo objetivo es garantizar el diagnóstico y tratamiento de los pacientes que demandan atención de Urgencias por infarto.

Con este programa se busca que los pacientes reciban tratamiento de reperfusión o apertura de la arteria en menos de 90 minutos o terapia fibrinolítica en menos de 30 minutos después de su ingreso al servicio de Urgencias.

Al primer trimestre de 2017, Código Infarto se ha implementado en 12 redes de atención especializada que dan cobertura a 24 delegaciones¹⁴⁹. En estas redes de atención se han incluido 170 unidades médicas del IMSS, de las cuales son 11 Unidades Médicas de Alta Especialidad, 104 Hospitales y 55 Unidades de Medicina Familiar, teniendo una población beneficiada de 44.1 millones de derechohabientes (población adscrita a primer nivel de atención).

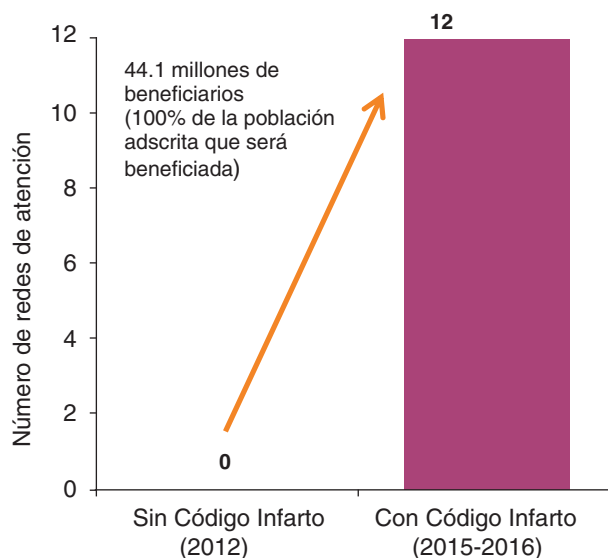
Gracias a esta iniciativa se ha logrado una reducción en distintos indicadores: i) 57% en la mortalidad por infarto agudo de miocardio; ii) 38% en el porcentaje de pacientes no reperfundidos; iii) 57% en el tiempo para recibir tratamiento de reperfusión, y iv) 24% en el tiempo para recibir terapia fibrinolítica (gráfica XII.9).

Uso Eficiente de Quirófanos

Esta iniciativa tiene por objetivo hacer más eficiente el uso de los quirófanos para aprovechar los que están desocupados los fines de semana, reduciendo los tiempos de espera de los pacientes.

¹⁴⁹ Estas delegaciones son: Baja California, Ciudad de México Norte y Sur, Campeche, Estado de México Poniente y Oriente, Jalisco, Morelos, Nayarit, Nuevo León, Puebla, Querétaro, Sinaloa, Sonora, Tlaxcala, Veracruz Norte y Sur, Yucatán, Coahuila, Durango, Zacatecas, Tabasco, Guanajuato y Aguascalientes.

Gráfica XII.9.
Implementación de Código Infarto, 2016
(número de unidades de atención especializada)



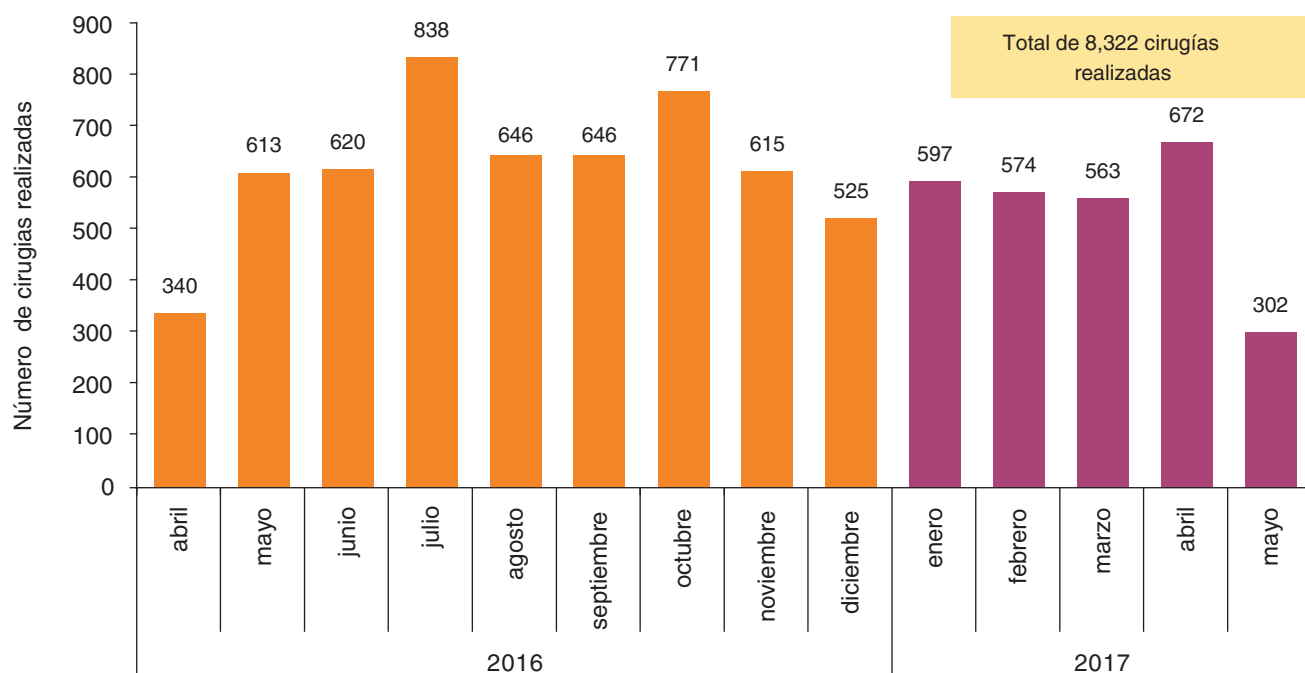
Fuente: Dirección de Prestaciones Médicas, IMSS.

Con el apoyo y coordinación del Sindicato Nacional de Trabajadores del Seguro Social, a mediados de abril de 2016 dio inicio el programa denominado Uso Eficiente de Quirófanos, abarcando, en una primera etapa, 4 delegaciones: Chihuahua, Ciudad de México Sur, Jalisco y México Oriente.

Al segundo fin de semana de mayo de 2017, se han realizado un total de 8,322 cirugías de traumatología y ortopedia en 12 unidades médicas. Esto representa un promedio de cerca de 150 cirugías cada fin de semana (gráfica XII.10).

Para finales de 2017, se planea implementar este programa en 8 delegaciones: Aguascalientes, Baja California, Michoacán, Puebla, San Luis Potosí, Sonora, Sinaloa, y Zacatecas.

Gráfica XII.10.
Cirugías de fin de semana realizadas^{1/}
 (abril de 2016-mayo de 2017)



^{1/} Cifras al segundo fin de semana de mayo de 2017.
 Fuente: Dirección de Prestaciones Médicas, IMSS.

“SER IMSS”

Con el propósito de transformar la cultura de servicio, mejorando el clima laboral y fortaleciendo el buen trato a la población derechohabiente, en mayo de 2016, en un hecho sin precedentes, el IMSS y el Sindicato Nacional de Trabajadores del Seguro Social iniciaron el Programa “SER IMSS”.

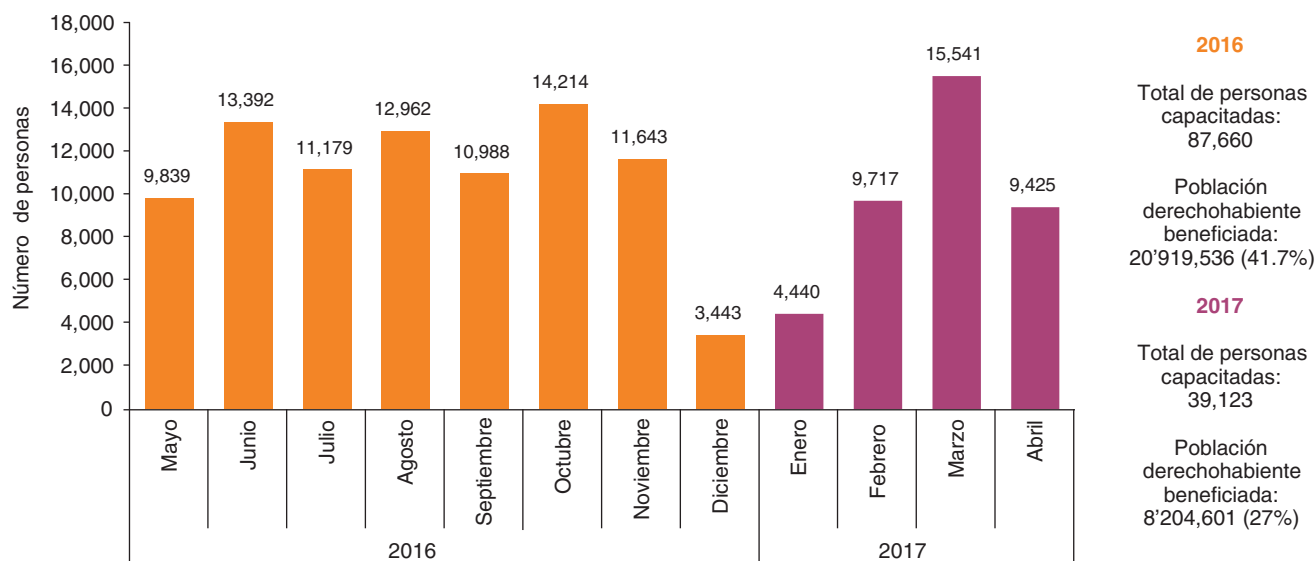
Con este programa se establecen las bases de un modelo de capacitación innovador, hacia una nueva cultura de servicio, que permite formar a todo el personal que labora en el Instituto, sin excepción (de Confianza y Base, médicos, administrativos, vigilancia, residentes, entre otros), a través de una capacitación participativa-vivencial y con protocolos de servicio, para fortalecer el buen trato y comunicación interna entre compañeras y compañeros.

Dentro de los componentes del programa, se cuenta con una campaña de comunicación cuyo objetivo es fortalecer el sentido de pertenencia institucional y sindical y recordar el protocolo básico de buen trato SER IMSS (Saludar, Escuchar y Responder) bajo el lema “De buenas es mejor”.

Del 2 de mayo de 2016 al 28 de abril de 2017, se han capacitado 126,783 personas de 645 unidades, lo que representa un avance de 90.5% del personal a capacitar (87.6% de las unidades) en el periodo 2016-2017 (gráfica XII.11).

Con las acciones de capacitación planeadas, se prevé capacitar al personal de las 736 unidades, estimando un impacto positivo en los servicios que se brinda a más de 65% de la población adscrita al IMSS en Régimen Ordinario, a través de un mejor servicio a las personas derechohabientes, así como en el desempeño y motivación de sus trabajadoras y trabajadores.

Gráfica XII.11.
Personal capacitado en el Programa "SER IMSS", 2016-2017
 (número de personas)



Fuente: IMSS.

Abasto de medicamentos

La calidad de los servicios de salud y seguridad social que presta el IMSS se ve reflejado en las medidas adoptadas para fortalecer el abasto de medicamentos.

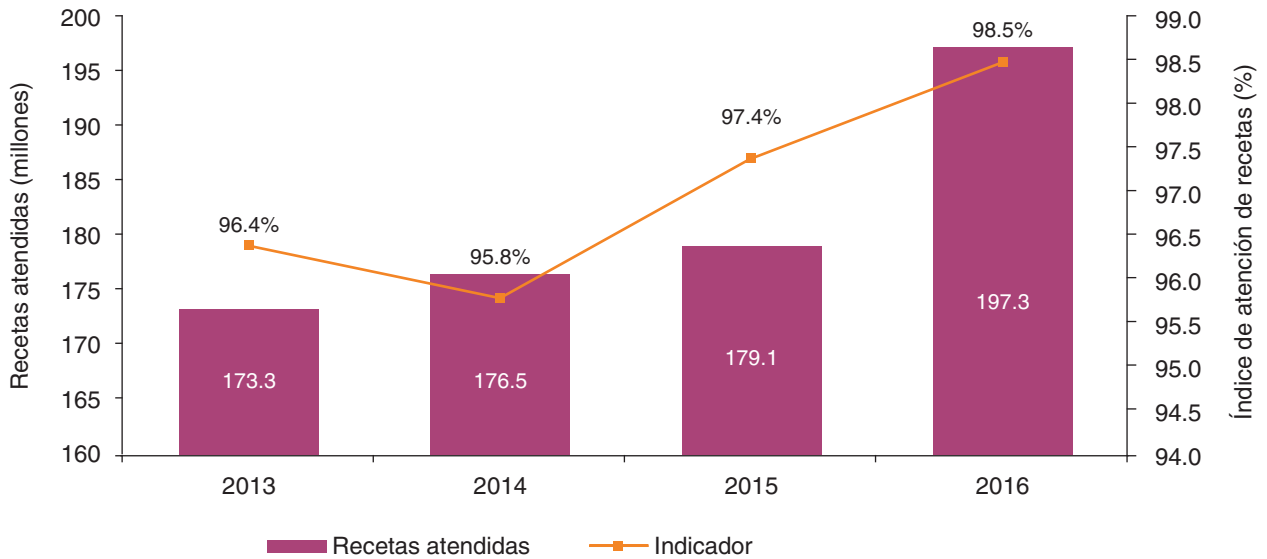
Una de estas medidas es la atención de recetas surtidas, que durante 2016 se ubicó en niveles promedio de 98.5%, con la expedición de 16.4 millones de recetas mensuales. Esto representa 10% más que en 2015 y 14% más que en 2013 (gráfica XII.12).

Otra medida para fortalecer el abasto de medicamentos es el Programa "Tu Receta es Tu Vale" iniciado en marzo de 2015 en la Ciudad de México. Mediante este programa, cuando algún medicamento no se encuentra disponible en la farmacia de la Unidad de Medicina Familiar que le corresponde al derechohabiente, la receta se activa como un vale que podía canjearse por sus medicinas el mismo día en cualquiera de las 60 farmacias del IMSS o en el Centro de Canje habilitado para este fin.

Desde marzo 2015 se han generado 239,520 vales (129,700 en el año 2016), de los cuales se han atendido 95,384 vales, lo que ha dado como resultado que el índice de atención a recetas en la Ciudad de México pase de 97.4% en marzo de 2015 a 99.8% en febrero de 2017 y que el uso de recetas electrónicas pase de 89% a 94.8% en el mismo periodo.

Debido al éxito obtenido en la Ciudad de México, en marzo de 2017 se decidió ampliar el Programa "Tu Receta es Tu Vale" a la Delegación Estado de México Oriente por tratarse de la zona conurbada a la Ciudad de México. Con ello, aunado a las mejoras en la logística y distribución que se están poniendo en marcha, se mejorará el abasto en toda la Zona Metropolitana, para después avanzar a ciudades del Interior de la República, en beneficio de la población derechohabiente. Con esta ampliación se llega a una cobertura de 10 millones de derechohabientes, lo que representa un aumento del programa de 75% (gráfica XII.13).

Gráfica XII.12.
Nivel de atención de recetas
 (cifras en millones y en porcentaje)

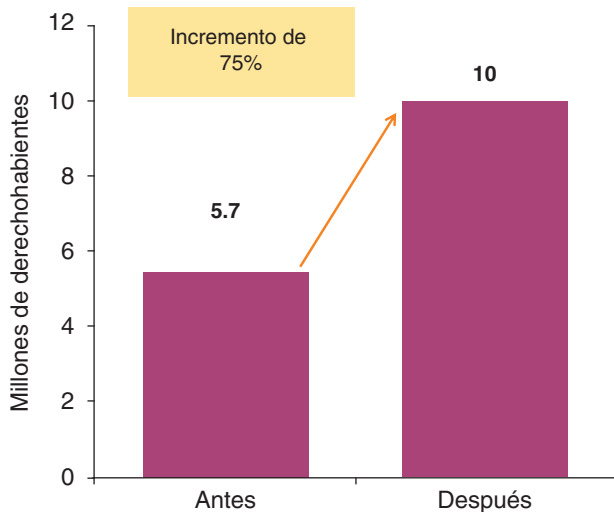


Fuente: IMSS.

Desde el inicio del programa en la Delegación Estado de México Oriente y hasta la segunda semana de mayo se han generado un total de 12,498 vales, de los cuales se canjearon 4,349 (34.8%) dentro del mismo periodo.

Finalmente, el IMSS cuenta también con el programa “Receta Resurtible” como una medida adicional para apoyar el abasto. Anteriormente, los enfermos crónicos controlados de 10 patologías asistían mensualmente a consulta con el único fin de obtener una receta para surtir su medicamento. Ahora, gracias al programa, estos pacientes obtienen una receta por 3 meses sin necesidad de consulta médica.

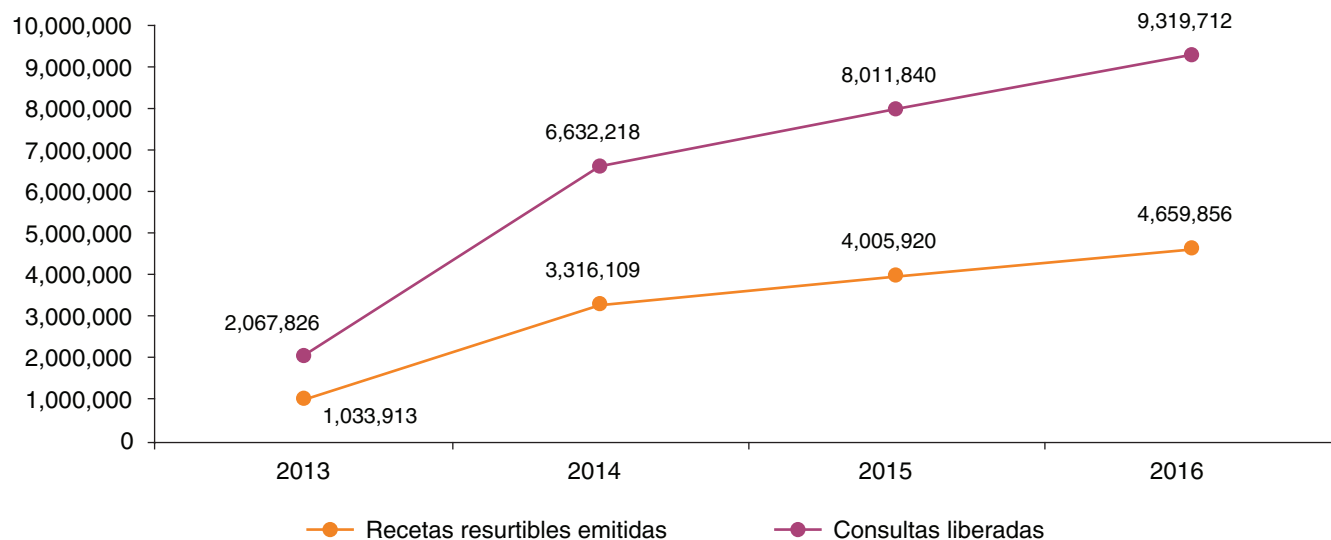
Gráfica XII.13.
Programa de Vales de Medicamentos: Incremento en cobertura de derechohabientes
 (cifras en millones)



Fuente: IMSS.

En el año 2016 este programa se implementó en 60 hospitales, lo que ha permitido liberar más de 9 millones de consultas de primer nivel, a través de la emisión de 4.6 millones de recetas resurtibles, lo que equivale a un crecimiento de consultas liberadas de 15.5% respecto a 2015 (gráfica XII.14). Y en segundo nivel, al cierre de 2016 se emitieron 47,494 recetas resurtibles y se han liberado 97,510 consultas.

Gráfica XII.14.
Recetas emitidas y consultas liberadas en primer nivel
 (cifras al cierre de año)



Fuente: IMSS.

Infraestructura

Con el compromiso de brindar atención con calidad y calidez a los derechohabientes, y aprovechando los resultados positivos asociados al manejo ordenado de las finanzas, mencionados anteriormente, el Instituto impulsa un ambicioso programa de expansión y mejora de infraestructura médica.

El Programa Nacional de Infraestructura de la presente Administración contempla la realización de obras largamente anheladas por la población en distintos estados del país; entre estas obras se considera la construcción de 12 nuevos hospitales y 40 Unidades de Medicina Familiar que el IMSS planea para los últimos 3 años, además de la ampliación y remodelación de diversas áreas de servicio y atención al derechohabiente en unidades médicas y no médicas existentes.

La cartera de inversión para el periodo 2016-2018 asciende a 19,414.5 millones de pesos que sumados a los ahorros en gasto corriente por 7,305 millones durante 2016, se estima una inversión de 26,719.5 millones de

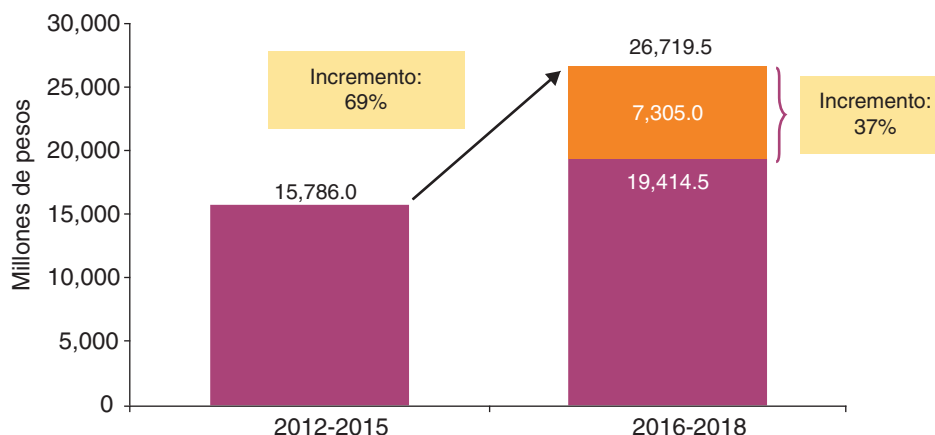
pesos para 2018, lo que representa un crecimiento de 69% en relación con el trienio 2012-2015, y de 37% con respecto a la inversión presupuestada para el periodo 2016-2018 (gráfica XII.15), convirtiéndose en el mejor trienio de la historia en materia de inversión en infraestructura médica.

En 2016, el IMSS concluyó la construcción de 3 unidades médicas nuevas, así como la construcción por sustitución de 5 más, desarrolladas con una inversión de 287 millones de pesos en beneficio de 783,239 derechohabientes (cuadro XII.4).

En ese mismo año, terminaron su proceso constructivo las 11 obras que se indican en el cuadro XII.5, las cuales favorecen la funcionalidad de la infraestructura médica del Instituto.

Ahora bien, de enero de 2016 a mayo de 2017 se han inaugurado un total de 8 Unidades de Medicina Familiar que, en conjunto, amplían la capacidad en 52 consultorios, de las cuales 3 son nuevas: la de Villa Coapa en la Ciudad de México, la de Tacúcuaro en Michoacán y la de María Cecilia en San Luis Potosí;

Gráfica XII.15.
Inversión en infraestructura, equipo y mejoramiento de instalaciones por el IMSS
 (comparativo 2012-2015 vs. 2016-2018, millones de pesos)



Fuente: IMSS.

Cuadro XII.4.
Obras médicas nuevas concluidas, 2016

No.	Delegación	Localidad	Unidad
1	Michoacán	Tacúcuaro	UMF 10 Consultorios, AMC ^{1/}
2	CDMX Sur	Col. Condesa	Clínica de Mama
3	CDMX Sur	Villa Coapa	UMF 14 Consultorios
4	Michoacán	Uruapan	UMF No. 76, 10 Consultorios, AMC
5	Oaxaca	San Pablo Huitzo	UMF No. 56, 2 Consultorios
6	Oaxaca	Magdalena Apasco	UMF No. 17, 2 Consultorios
7	Sonora	Santa Ana	UMF No. 24, 2 Consultorios, AMC
8	Sinaloa	Angostura	UMF No. 51, 2 Consultorios, AMC
8	Total de acciones		

^{1/} UMF: Unidad de Medicina Familiar; AMC: Atención Médica Continua.

Fuente: IMSS.

mientras que las otras 6 son obras de sustitución, además de la inauguración del Hospital General de Zona en Villa de Álvarez, Colima de 165 camas (cuadro XII.6).

Adicionalmente, conforme a lo presentado en el Capítulo VIII, a través del Programa IMSS-PROSPERA, en 2016 se pusieron en operación 59 Unidades Médicas Móviles e inició la compra de 50 más con recursos de la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas (CDI).

En el primer nivel de atención se realizó la conclusión y equipamiento de 10 Unidades Médicas Rurales e inició la construcción de 7 más cofinanciadas por la CDI; en el segundo nivel se inauguró el nuevo Hospital Rural de Axtla de Terrazas en San Luis Potosí, así como 2 albergues comunitarios (en San Luis Potosí y en Chihuahua).

Además, con el apoyo de los gobiernos municipales se concretó la ampliación o sustitución de 17 Unidades Médicas Rurales en 2016.

Cuadro XII.5.
Obras médicas de ampliación y/o remodelación concluidas, 2016

No.	Delegación	Localidad	Unidad
1	San Luis Potosí	San Luis Potosí	HGZ/MF ^{1/} No.1 Banco de Sangre
2	Campeche	San Francisco de Campeche	HGZ ^{2/} No.1
3	Campeche	Ciudad del Carmen	HGZ No.4
4	Michoacán	Zacapu	HGZ/MF No. 2
5	Nuevo León	Monterrey	UMAE HGO ^{3/} No. 23
6	Nuevo León	Monterrey	UMF ^{4/} No. 5
7	Guerrero	Zihuatanejo	HGZ/MF No. 8
8	Nuevo León	Apodaca	UMF No. 19
9	Guerrero	Iguala	HGZ/MF No. 4
10	Sinaloa	Culiacán	HGR ^{5/} No. 1
11	Baja California Sur	San José del Cabo	HGSZ/MF ^{6/} No. 38
11 Total de acciones			

^{1/} HGZ/MF: Hospital General de Zona con Medicina Familiar.

^{2/} HGZ: Hospital General de Zona.

^{3/} UMAE/HGO: Unidad Médica de Alta Especialidad con Hospital de Gineco-Obstetricia.

^{4/} UMF: Unidad de Medicina Familiar.

^{5/} HGR: Hospital General Regional.

^{6/} HGSZ/MF: Hospital General de Subzona con Medicina Familiar.

Fuente: Dirección de Administración, IMSS.

Cuadro XII.6.
Unidades médicas inauguradas,
2016-mayo de 2017

Delegación	Ciudad	Unidad
Guerrero	San Marcos	UMF ^{1/} , 2 consultorios
Oaxaca	Magdalena Apasco	UMF, 2 consultorios
	San Pablo Huitzo	UMF, 2 consultorios
San Luis Potosí	María Cecilia	UMF, 10 consultorios
Sinaloa	Angostura	UMF, 2 consultorios
Michoacán	Uruapan	UMF, 10 consultorios
	Tacícuaró	UMF, 10 consultorios
CDMX Sur	Villa Coapa	UMF, 14 consultorios
Colima	Villa de Álvarez	HGZ ^{2/} , 165 camas

^{1/} UMF: Unidad de Medicina Familiar.

^{2/} HGZ: Hospital General de Zona.

Fuente: IMSS.

Estrategia de Prevención

Existe evidencia sobre una diversidad de factores que atentan contra la salud de la población; entre ellos, la presencia de estilos de vida poco saludables, el consumo de sustancias nocivas (como tabaco y alcohol), y la observancia de conductas de alto riesgo. Para hacer frente a estos factores, el IMSS llevó a cabo una serie de acciones durante 2016 como las que se enlistan a continuación.

Chequeos PREVENIMSS

El Programa PREVENIMSS impulsa la cultura de prevención a las y los derechohabientes en materia de nutrición y salud reproductiva, y les realiza tamizajes que permiten hacer detecciones oportunas a través de los chequeos PREVENIMSS. Durante 2016 se realizaron 31'507,331 chequeos, 4.3% más que los realizados el año pasado, en los 3,659 módulos de

atención preventiva y a través de las estrategias de extensión en las empresas y escuelas.

CHKT en Línea

CHKT en Línea es una aplicación digital que puede ser utilizada en dispositivos móviles como teléfonos, tabletas y computadoras para conocer el riesgo de los derechohabientes de enfermar de diabetes o hipertensión. Tras contestar preguntas sencillas sobre su salud, el derechohabiente recibe un resultado con el grado de riesgo de desarrollar estas enfermedades, y de ser necesario, recibe la notificación para que acuda a una unidad médica del IMSS.

Adicionalmente, a través de CHKT en Línea se envían mensajes enfocados al autocuidado de la salud de los derechohabientes. Durante 2016, 1,705 personas descargaron esta novedosa herramienta, y de ellos, 1,655 concluyeron su evaluación de riesgo dando como resultado que 59.8% fueran clasificados como de alto riesgo para presentar diabetes o hipertensión; todos ellos serán

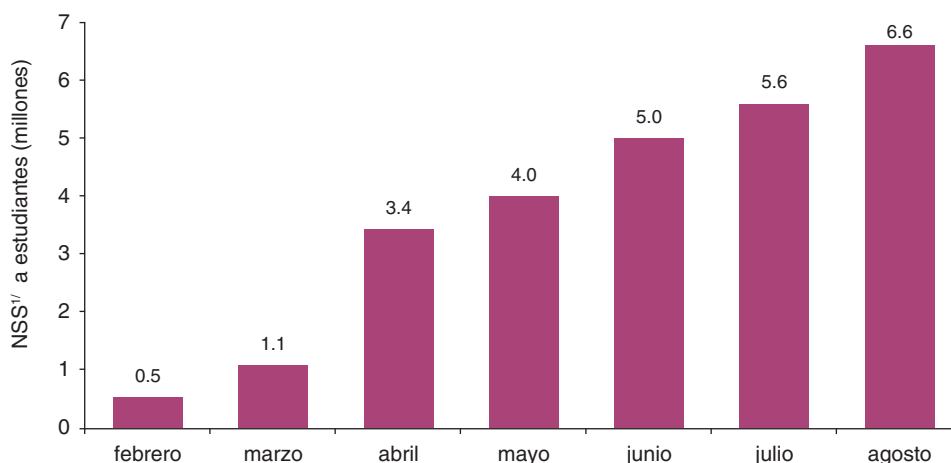
notificados para recibir atención oportuna en los módulos PREVENIMSS.

Afiliación de estudiantes

Durante 2016, el IMSS implementó la Estrategia Integral de Afiliación de Estudiantes de instituciones públicas de educación media-superior y superior, a través de entregas de Números de Seguridad Social. La afiliación de estudiantes representó un esfuerzo para acercar los servicios preventivos del IMSS a los jóvenes que serán la fuerza laboral del país en el futuro.

De febrero a agosto de 2016 se entregaron Números de Seguridad Social a 6'626,000 estudiantes de instituciones públicas de educación media superior y superior. Adicionalmente, se implementó una campaña de difusión en redes sociales, televisión, radio y medios impresos para fomentar el uso de los servicios preventivos entre los estudiantes. De enero a diciembre de 2016 se tienen registrados un total de 974,739 chequeos PREVENIMSS a este grupo (gráfica XII.16).

Gráfica XII.16.
Generación y entrega de Número de Seguridad Social a estudiantes, 2016



¹ NSS: Número de Seguridad Social.
Fuente: IMSS.

Este Número de Seguridad Social los acompañará toda su vida, mientras mantengan la calidad de estudiantes o una vez que inicien una relación laboral formal, lo que les ahorrará un trámite que antes era tardado y engorroso, además de permitir dar seguimiento a su historial clínico.

Cobertura de vacunación

Entre las medidas más eficaces para brindar protección contra enfermedades y evitar millones de muertes al año se encuentran la aplicación de vacunas. Por ello, el IMSS continúa impulsando el programa de vacunación, y en 2016 el IMSS aplicó 33.3 millones de dosis de vacunas, alcanzando una cobertura de vacunación con esquemas completos de 97.3% en niños menores de 1 año y de 94.6% en niños de 1 año.

Detecciones de cáncer cérvico-uterino y cáncer de mama

El cáncer de mama y el cérvico-uterino ocupan el primero y segundo lugares en las causas de muerte por cáncer en mujeres de 25 años y más. La detección oportuna de estos dos tipos de cáncer es una prioridad para el IMSS, debido a que representa una mayor expectativa de vida para la mujer y una mejor calidad de vida. Durante 2016 se realizaron detecciones de cáncer cérvico-uterino a 2'751,785 mujeres, a través de la prueba del Papanicolau.

Con respecto al cáncer de mama, existen 2 estrategias efectivas de detección oportuna: la exploración clínica anual, y la mastografía de tamizaje, que es un estudio radiográfico de las mamas. Durante 2016 se realizaron 5'518,145 exploraciones clínicas de mama, y 1'220,016 mastografías de tamizaje a mujeres de 40-69 años.

Nuevo Modelo Preventivo de Enfermedades Crónicas

No obstante los avances alcanzados, hoy se enfrentan nuevos retos en materia de salud; ante ello, el IMSS se propuso ir más allá para hacer frente a los cambios asociados a las transiciones de tipo económico, demográfico y epidemiológico que han caracterizado al país.

Las enfermedades crónicas y sus principales factores de riesgo son el resultado de complejas interacciones entre el individuo y su entorno. En materia económica, el proceso de globalización, urbanización e industrialización dio lugar a la aparición de nuevos patrones de consumo de alimentos y a la realización de actividad física entre la población.

La urbanización y la necesidad de recorrer grandes distancias para llegar a los centros de trabajo o educativos ha incrementado la dependencia del uso de vehículos para el traslado, disminuyendo la actividad física que las personas realizan.

El proceso de industrialización por el que ha atravesado el país ha cambiado la disponibilidad de alimentos, ocasionando una mayor oferta de alimentos procesados con bajo valor nutrimental. Estos productos cuentan con altas concentraciones de sodio, azúcar, grasa y conservadores, y tienen precios cada vez más bajos, con respecto a los alimentos frescos y más saludables, propiciando su consumo.

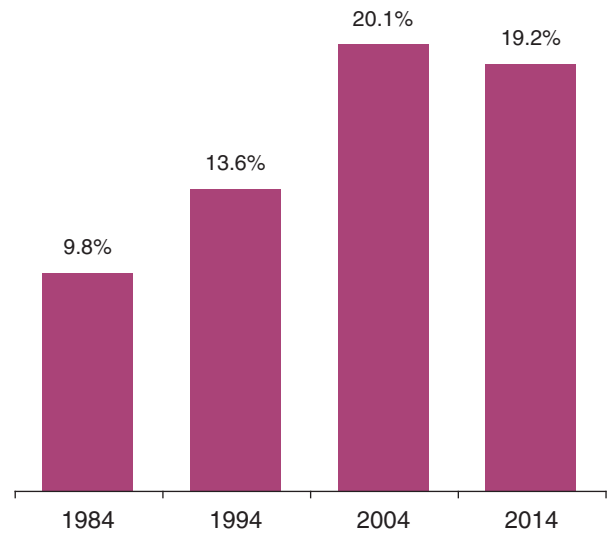
También ha aumentado el gasto en alimentos fuera del hogar (gráfica XII.17) y los puntos de venta de alimentos no saludables en el entorno; las escuelas, calles, museos y centros comerciales comúnmente tienen un establecimiento de comida rápida.

El país también ha registrado un acelerado proceso de globalización que abrió las fronteras a nuevos patrones de consumo de alimentos. A partir de la década de los noventa, ha habido un marcado incremento en la importación de alimentos procesados (gráfica XII.18). Esto ha impactado a los consumidores con numerosas opciones de alimentos procesados de bajo valor nutrimental, cuyo consumo frecuente es nocivo para la salud.

Estas grandes transformaciones por las que ha atravesado el país han cambiado los estilos de vida de los individuos y las familias, y, a su vez, han contribuido al desarrollo de factores de riesgo para las enfermedades crónicas.

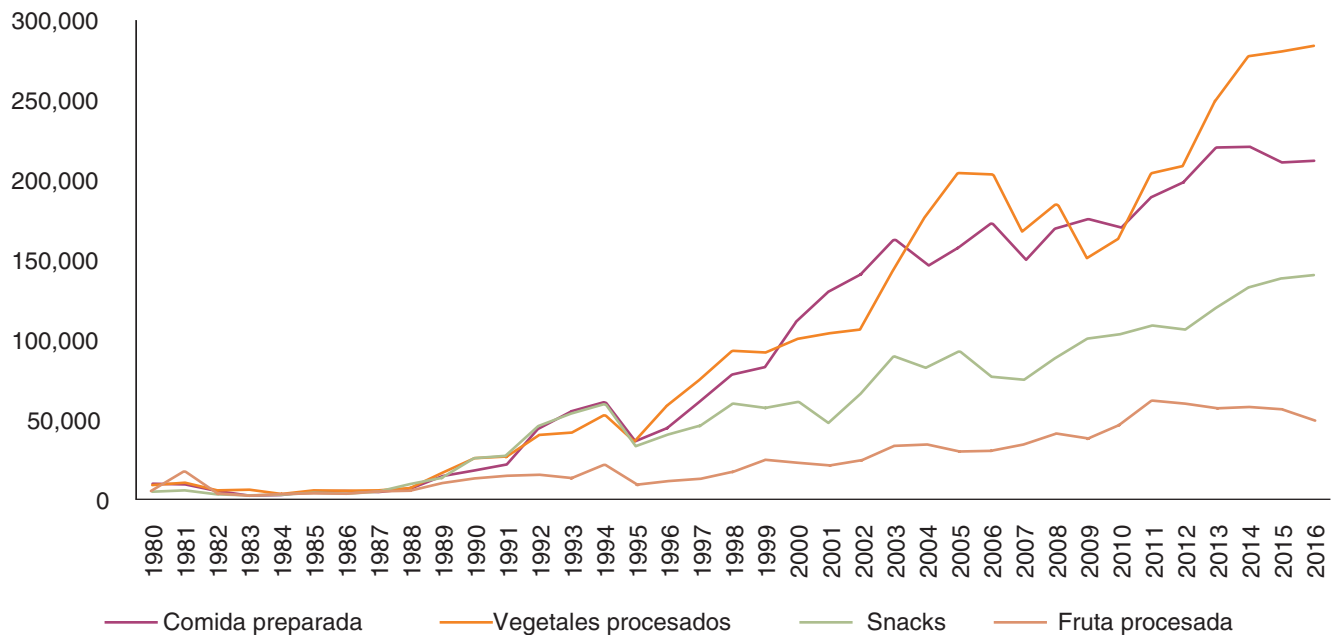
En materia demográfica, la dinámica poblacional en México ha experimentado una disminución importante desde la década de los setenta. Después de registrar

Gráfica XII.17.
Porcentaje del gasto en alimentos fuera del hogar,
1984-2014
 (porcentaje del gasto en alimentos)



Fuente: INEGI. Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos en los Hogares (ENIGH) 2014.

Gráfica XII.18.
Importaciones de alimentos procesados provenientes
de Estados Unidos
 (toneladas métricas)



Fuente: Clark, *et al.* "Exporting Obesity: US Farm and Trade Policy and the Transformation of the Mexican Consumer Environment." 2013. International Journal of Environmental and Occupational Health.

una tasa de crecimiento medio anual entre 1970 y 1980 de 3.2%, en el periodo 2010 y 2015, esta tasa se redujo más de la mitad para situarse en solamente 1.4%, con una población estimada en 2015 de casi 120 millones de habitantes (gráfica XII.19).

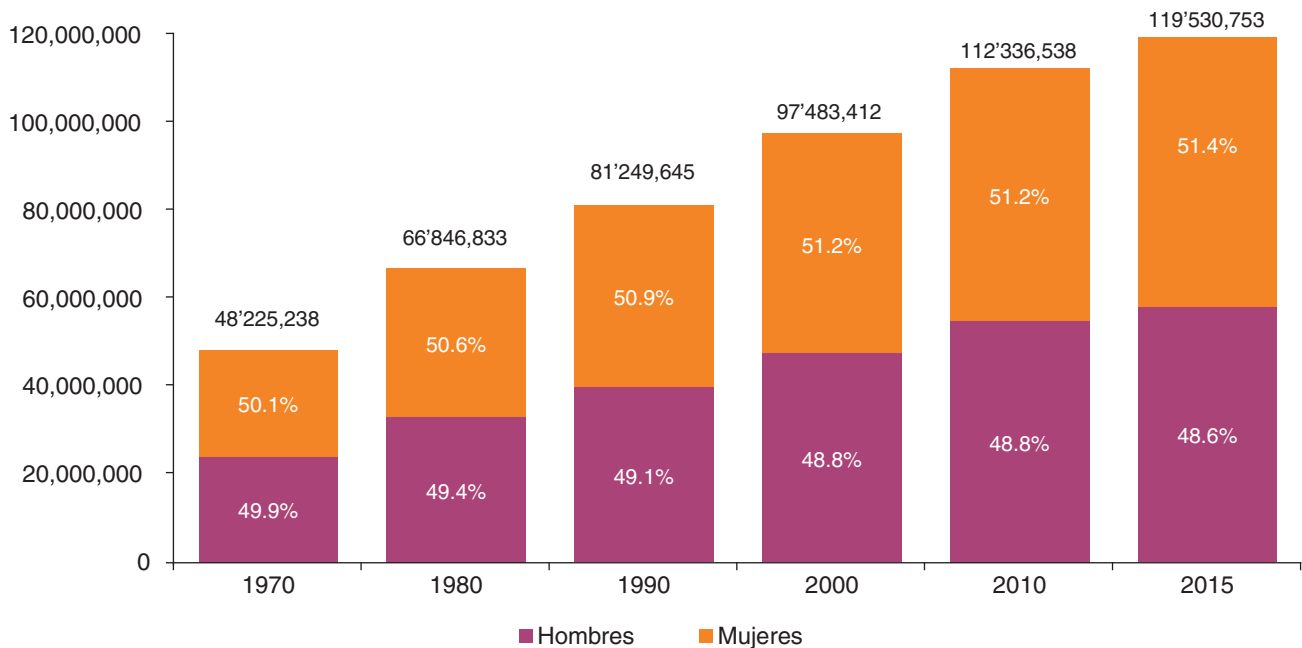
La estructura de la población por edad y por sexo también se ha modificado, como se puede apreciar en la gráfica XII.20, donde la base de la pirámide que representa los primeros grupos de edad se vuelve más estrecha con el tiempo, y la parte superior se ensancha por un envejecimiento de la población. En esta dinámica poblacional influyen aspectos como el descenso de la fecundidad y el incremento en la esperanza de vida, por la disminución de la mortalidad.

Aunque la población de México es aún joven, con una edad mediana de 27 años, se está transitando a una población más envejecida. De 1970 a 2015 la población mayor de 60 años en México pasó de 2.7 millones a 12.4 millones, 5 veces más; y de

acuerdo con las proyecciones del Consejo Nacional de Población, se estima que en 2050 aumente 2.5 veces y alcanzar un total de 32.4 millones; además, el número de trabajadores por pensionado pasó de 14 en 1973 a solamente 5 en el año 2016. Lo anterior pone de manifiesto que hoy se tienen menos trabajadores financiando los servicios médicos de un mayor número de trabajadores retirados con una mayor esperanza de vida.

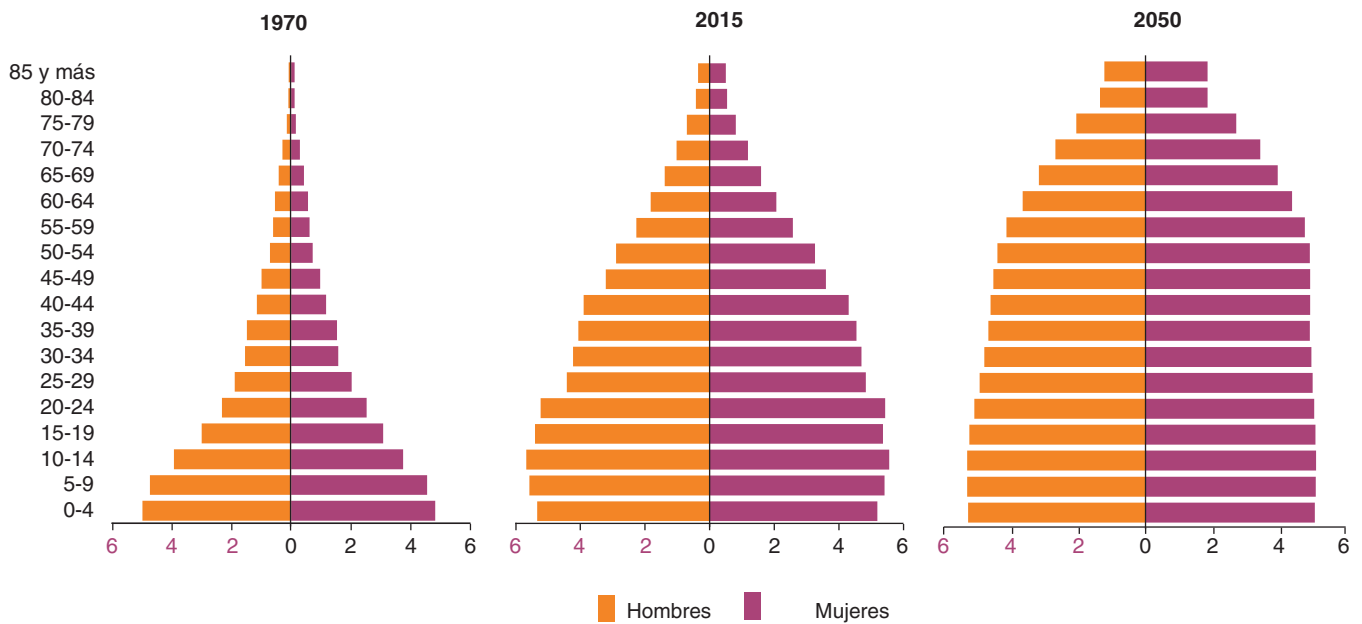
En materia epidemiológica, el grupo de enfermedades principales se ha ido modificando y actualmente, son las enfermedades crónico-degenerativas las que mayor influencia e impacto tienen en la población, generan tratamientos más largos y complejos y absorben una mayor proporción del gasto. La mayoría de los pacientes con enfermedades crónico-degenerativas se encuentran en el grupo de edad mayor a 60 años, población que genera 75% de las consultas en el IMSS.

Gráfica XII.19.
Población total y distribución porcentual según sexo
(número de habitantes y porcentaje)



Fuente: INEGI. Mujeres y hombres en México 2012; Encuesta Intercensal 2015.

Gráfica XII.20.
Estructura de la población en México por edad y sexo



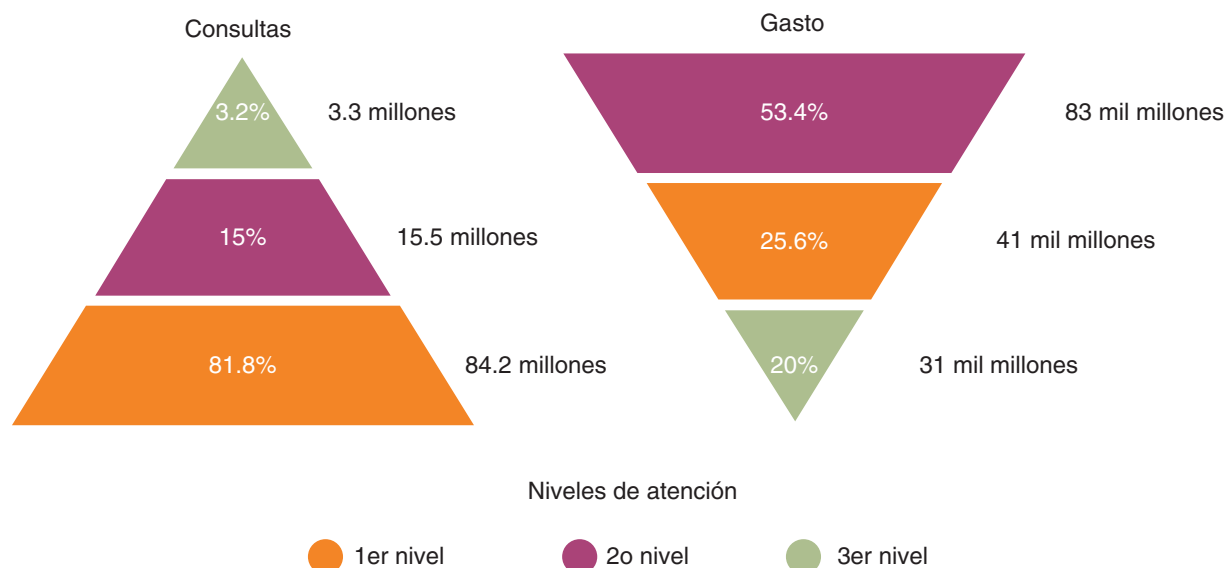
Fuente: INEGI, IX Censo de Población y Vivienda 1970 y Encuesta Intercensal 2015; Consejo Nacional de Población, Proyecciones de la Población 2010-2050.

Todos estos factores generan una carga negativa para los pacientes y sus familias, así como para el sistema de salud en general. Considerando solamente las enfermedades crónicas no transmisibles, se estima que constituyen 81.8% de las consultas en el primer nivel de atención, 15% en el segundo nivel y 3.2% en el tercer nivel. El cuidado de estos padecimientos es complejo y de alto costo y llegan a absorber altos porcentajes de gasto: 25.6% en el primer nivel, 53.4% en el segundo y 20% en el tercero (gráfica XII.21).

Aunado a un creciente gasto médico atribuible al crecimiento de las enfermedades crónicas no transmisibles, este tipo de padecimientos también merma la productividad laboral. Esto es relevante a nivel nacional y particularmente importante para el IMSS debido a que también se absorben los gastos relacionados al pago de incapacidades por discapacidad y muerte que ocasionan.

Los cambios en el patrón epidemiológico de la población derechohabiente obligan a replantear el modelo de atención del IMSS, el cual fue originalmente diseñado para la atención de enfermedades infecciosas, cuyo control se logró a través del mejoramiento del saneamiento básico, mejoras en la nutrición, vacunación y mayor acceso a la atención médica; mientras que la causalidad de las enfermedades crónicas no transmisibles requiere tomar en cuenta la genética de la población, el medio ambiente, los estilos de vida y las capacidades del sistema de atención a la salud. Adicionalmente, el control de las mismas requiere de la participación activa de los pacientes, sus familias y en el caso del IMSS, la participación de los patrones.

Gráfica XII.21.
Enfermedades crónicas: consultas y gasto anual
 (porcentaje)



Fuente: IMSS.

Para hacer frente a esta situación caracterizada por una creciente población adulta mayor y un aumento en la prevalencia de enfermedades crónico-degenerativas, el IMSS impulsó una estrategia para reorientar el modelo de atención del IMSS, originalmente diseñado para las enfermedades infecciosas, y transitar de un modelo de atención curativo a un modelo de atención preventivo.

Con el nuevo Modelo Preventivo de Enfermedades Crónicas se pretende trabajar hacia el tercer objetivo de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible de la Organización de las Naciones Unidas (ONU): “Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades”. Asimismo, el nuevo modelo está alineado con el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018, que establece en la meta nacional de un México Incluyente: “asegurar el acceso a los servicios de salud y hacer de las acciones de protección, prevención y promoción un eje prioritario para el mejoramiento de la salud”.

A través de este nuevo modelo, el IMSS buscará que el desencadenante primario de atención sea cualquier oportunidad para prevenir que la enfermedad crónica se desarrolle. A su vez, el desencadenante secundario será el detectar, minimizar y manejar el impacto de la enfermedad cuando se presente.

Este nuevo modelo tendrá 2 objetivos generales: i) reorientar los servicios de salud para prevenir enfermedades crónicas y cáncer de mayor impacto, estratificando a la población por sus factores de riesgo y enfocando la atención con base en la estratificación, y ii) detectar con oportunidad, minimizar y controlar el impacto de las enfermedades crónicas y cáncer.

Y estará basado en 4 ejes de acción, los cuales se describen a continuación:

1. *Identificación y estratificación.* Consiste en conocer y captar a la población derechohabiente para ubicarlos de acuerdo con sus factores

- de riesgo. Para ello, se utilizará la información disponible de aquellos derechohabientes que han acudido a las Unidades del IMSS y se complementará con la información de la población no usuaria a través de CHKT en Línea.
2. *Focalización.* Consiste en el rediseño y concentración de las acciones preventivas y correctivas específicas a cada grupo de riesgo o enfermedad.
 3. *Seguimiento.* Monitorear a los derechohabientes a través de herramientas tecnológicas para dar seguimiento a su asistencia y asegurar su progreso.
 4. *Vinculación.* Colaboración con los Sectores Sociales: patrones, obreros, escuelas y sociedad civil a través de la firma de convenios para que participen en el modelo preventivo.

El nuevo Modelo Preventivo de Enfermedades Crónicas iniciará en su primera fase en Nuevo León a partir de mayo de 2017 e incluirá primeramente a la prediabetes y diabetes mellitus tipo dos; posteriormente incorporará a las enfermedades cardiovasculares, cáncer de mama y cáncer de próstata, para finalmente implementar un modelo integral para las enfermedades crónicas y sus complicaciones.

Con la puesta en marcha del Modelo Preventivo de Enfermedades Crónicas, por primera vez en 74 años de existencia, el IMSS da pasos firmes en la construcción de un modelo de atención que va de lo curativo a lo preventivo para hacer frente a los retos que garanticen su transformación, a fin de cuidar mejor la salud de los mexicanos.

IMSS-PROSPERA

Con el fin de fomentar la salud integral de los mexicanos que no cuentan con seguridad social y habitan en zonas rurales o urbanas marginadas en condiciones de pobreza extrema, el IMSS cuenta con IMSS-PROSPERA.

Este Programa ofrece servicios de salud con los más altos estándares de calidad y trato digno a los derechohabientes que acuden a las unidades médicas, mismas que cuentan con personal capacitado, equipamiento y medicamentos suficientes para cubrir de forma eficaz las necesidades de las poblaciones más desprotegidas del país.

Actualmente, este Programa tiene presencia en 28 entidades federativas¹⁵⁰ en las que brinda cobertura a 12.3 millones de personas residentes en 20,485 localidades, pertenecientes a 1,499 municipios de alto y muy alto grado de marginación.

Entre los servicios que se ofrecen a través de IMSS-PROSPERA están los Encuentros Médico-Quirúrgicos, que son un modelo eficiente y de alta especialidad para dar atención médica en zonas remotas e inaccesibles, con el equipamiento más moderno y durante intensas semanas de trabajo.

Estos Encuentros permiten ampliar los servicios médicos que habitualmente se otorgan en los Hospitales Rurales del Programa, acercando los servicios de alta especialidad del IMSS a la población que vive en condiciones de marginación y pobreza.

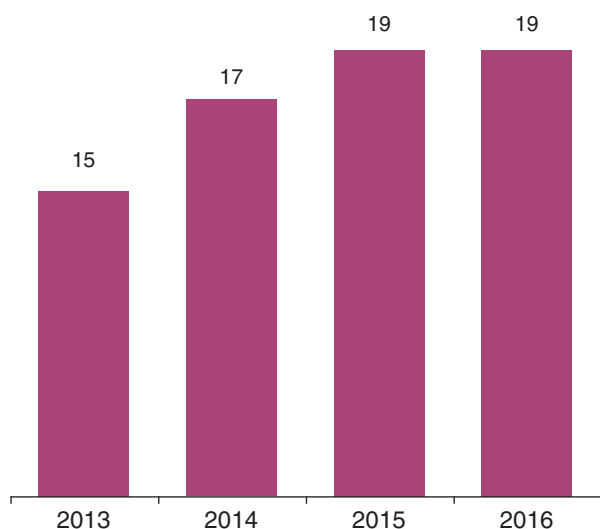
¹⁵⁰ Las entidades sin presencia del Programa IMSS-PROSPERA son Aguascalientes, Colima, Quintana Roo y Tabasco.

En coordinación con la Dirección de Prestaciones Médicas del IMSS, durante 2016 se realizaron 19 jornadas, donde los mejores médicos valoraron a 11,757 personas y realizaron 4,281 intervenciones quirúrgicas en distintas especialidades (Oftalmología, Ginecología Oncológica, Cirugía Reconstructiva, Urología y Cirugía Pediátrica). En términos acumulados, durante la presente Administración se han llevado a cabo un total de 70 Encuentros, lo que representa un crecimiento de 40% respecto al periodo 2010-2012 (gráfica XII.22).

Adicionalmente, a finales de marzo de 2006, el H. Consejo Técnico del IMSS acordó el otorgamiento de atención médica en hospitales de segundo y tercer niveles a las mujeres con embarazo de alto riesgo que se identifiquen como beneficiarias del Programa IMSS-PROSPERA. Este Acuerdo ha demostrado ser un apoyo significativo para salvar vidas y reducir la mortalidad materna en esta población.

En febrero de 2017 el H. Consejo Técnico autorizó también que los Hospitales del Régimen Ordinario puedan atender a aquellos recién nacidos (neonatos) del Programa IMSS-PROSPERA que hayan presentado complicaciones. De esta forma, el IMSS

Gráfica XII.22.
Encuentros Médico-Quirúrgicos, 2013-2016



Fuente: Unidad del Programa IMSS-PROSPERA.

adopta un acuerdo histórico en el itinerario hacia la universalización de los servicios de salud al incorporar a los niños.

Así, el Instituto, además de atender a su población derechohabiente, muestra su compromiso y vocación social en apoyo a la población más vulnerable, llevando servicios a los lugares más alejados del país mediante el Programa IMSS-PROSPERA.

XII.4. Consideraciones finales

Los resultados alcanzados hasta el momento dan cuenta del camino que se lleva recorrido en cada uno de los 3 grandes ejes.

Los Informes al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión sobre la Situación Financiera y los Riesgos del IMSS de años previos anticipaban un panorama complicado para el corto y mediano plazos en materia de autosustentabilidad financiera.

Sin embargo, el ejercicio fiscal 2016 marcó para el Instituto una nueva historia. Después de 7 años consecutivos de tener que usar reservas para cubrir su déficit de operación, el IMSS logra convertir los números rojos registrados en sus finanzas a números negros, generando un superávit en 2016 de 6,388 millones de pesos corrientes¹⁵¹, es decir, 50% más que el último registrado hace 8 años.

El control y la disciplina presupuestal han permitido redireccionar la trayectoria financiera, a través de medidas para el fortalecimiento de los ingresos y control del gasto, como los ahorros derivados de las compras consolidadas de medicamentos, la contratación de servicios integrales, la sustitución de parque vehicular por servicios integrales de arrendamiento, entre otros. Estos esquemas han mejorado la productividad, la eficiencia y la transparencia del ejercicio del gasto del Instituto, por lo que continuarán los esfuerzos en este sentido.

¹⁵¹ Corresponde a 6,743 millones de pesos de 2017.

Con los ahorros que se han generado el IMSS ha podido impulsar su programa de infraestructura, el cual contempla la apertura de 12 Hospitales y 40 Unidades de Medicina Familiar a nivel nacional para finales de 2018. De enero de 2016 a mayo de 2017 han sido inauguradas 8 Unidades de Medicina Familiar y un Hospital General de Zona (Villa de Álvarez, Colima).

Hacia adelante se buscará mantener el equilibrio financiero mediante el fortalecimiento de las acciones de uso racional de los recursos y la asignación eficiente y control del gasto.

Por otra parte, el proceso sin precedentes de simplificación y digitalización de trámites llevado a cabo en el IMSS desde el inicio de la Administración ha logrado disminuir los tiempos y costos que los patrones y ciudadanos invierten en realizar trámites, tanto los relacionados con su afiliación y el pago de contribuciones, como algunos de alto impacto.

En lo que resta de 2017 se continuará con este proceso para simplificar y promover la digitalización de trámites y servicios adicionales, a fin de fortalecer el cumplimiento de obligaciones de seguridad social y simplificar los registros de obra de la construcción, por citar algunos, para cumplir con la meta de 55 millones de usuarios para finales de año.

Todas estas acciones han tenido efectos positivos en la formalización del empleo, puesto que de 16'294,936 empleos registrados en el IMSS al inicio de la presente Administración, en 2016 se consiguió ampliar de manera importante esta cifra cerrando el año con una afiliación de 18'616,624 puestos de trabajo y de 18'994,318 al primer trimestre de 2017. La meta esperada para 2018 es de al menos 20 millones de empleos formales registrados¹⁵².

De manera acumulada, en los primeros 4 años y 4 meses de la presente Administración¹⁵³ se reporta la creación de 2'699,382 empleos formales, una cifra histórica de casi 3 veces mayor a lo creado en el mismo periodo de la anterior Administración, e incluso superior que lo creado en la totalidad de los sexenios de las administraciones pasadas.

Finalmente, las iniciativas para fortalecer el proceso de atención médica han logrado también resultados sustantivos. Durante los primeros meses de 2017, con la decidida participación del Sindicato, se concluyó en 100% la primera fase de la implementación de las iniciativas médicas Unifila, Referencias a Segundo Nivel de Atención, Gestión de Camas, Triage y Código Infarto. Con estas iniciativas se benefician casi 54 millones de derechohabientes, en un total de 176 hospitales de segundo nivel y 292 Unidades de Medicina Familiar¹⁵⁴.

Con el Nuevo Modelo Preventivo de Atención a Enfermedades Crónicas anunciado en mayo de 2017, el sistema de salud da un giro histórico para pasar de un esquema curativo a uno preventivo, que permita al Instituto anticipar, desde las primeras etapas de la vida de los derechohabientes, 4 de las principales enfermedades que padecen los mexicanos y que son las principales causas de muerte en el país: diabetes, padecimientos cardiovasculares, cáncer de mama y cáncer de próstata. De esta manera, el Instituto busca prevenir enfermedades crónicas, detectar y minimizar el impacto para quienes las padecen, reducir gradualmente los costos asociados a dichas enfermedades, al tiempo que atiende su compromiso con la salud de la población.

¹⁵² Meta referida por el C. Presidente de la República en su mensaje del 1º de mayo de 2017 por la conmemoración del Día del Trabajo.

¹⁵³ Del 1º de diciembre de 2012 al 31 de marzo de 2017.

¹⁵⁴ Se refiere a unidades médicas con por lo menos una de estas iniciativas.

Ante los avances registrados en las iniciativas prioritarias relacionadas con la calidad y calidez en el servicio médico, se considera fundamental mantener y acelerar su implementación para continuar con la mejora del servicio médico, a fin de agilizar los tiempos de espera y el flujo de pacientes para una atención eficiente y oportuna de los derechohabientes.

Las acciones referidas que se han llevado a cabo durante la presente Administración no han significado sacrificar la calidad de los servicios que se otorgan en el IMSS, sino hacer un uso óptimo y estratégico de los recursos, incluyendo las nuevas tecnologías.

El reto que tiene el Instituto Mexicano del Seguro Social y los sectores público, social y privado que lo integran, es seguir encontrando esquemas de operación que le den día a día sustentabilidad financiera, espacios de mejora operativa, de eficiencia y mejores resultados en la recaudación, y un uso eficiente de los recursos financieros, así como en la contratación eficiente de bienes y servicios.

Los esfuerzos realizados por la presente Administración han mejorado de manera decisiva el desempeño de las finanzas del Instituto; sin embargo, es necesario seguir avanzando en mejoras operativas, de eficiencia, de recaudación, de fiscalización, de administración de los recursos financieros, de los esquemas de contratación de bienes y servicios, y en el uso cada vez más eficiente de esos bienes y servicios. Estamos convencidos de que con la colaboración de todos los que conformamos este gran Instituto, lograremos institucionalizar los avances para alcanzar el equilibrio financiero de mediano y largo plazos.

En línea con los impulsos transformadores iniciados con la presente Administración, el México de hoy requiere la participación comprometida y responsable de los tres sectores que conforman el Instituto Mexicano del Seguro Social, a fin de garantizar que los más de 74 millones de mexicanos continúen recibiendo los servicios de seguridad social a que tienen derecho; alcanzar de manera gradual la sustentabilidad financiera en el mediano y largo plazos, así como asegurar mejores condiciones de bienestar para la sociedad mexicana y un futuro más prometedor para las presentes y futuras generaciones.

Índice de Cuadros



Introducción

Cuadro 1.	Población derechohabiente del IMSS, 2016	5
-----------	--	---

Capítulo I

Cuadro I.1.	Estado de actividades dictaminado al 31 de diciembre de 2016 y 2015	13
Cuadro I.2.	Estado de actividades dictaminado al 31 de diciembre de 2016 y 2015, 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 2016 y 2015	17
Cuadro I.4.	Estado de situación financiera dictaminado al 31 de diciembre de 2016 y 2015 con el registro total del costo neto del periodo del Régimen de Jubilaciones y Pensiones	18
Cuadro I.5.	Supuestos de proyecciones financieras de corto plazo, 2001-2025	24
Cuadro I.6.	Flujo de efectivo: cierre 2016, presupuesto 2017 y proyecciones de cierre 2017-2025	26
Cuadro I.7.	Principales supuestos en las proyecciones de flujo de efectivo, 2026-2050	28
Cuadro I.8.	Presupuesto 2017 y proyecciones de flujo de efectivo 2017-2050	30
Cuadro I.9.	Estimación del valor presente del superávit o déficit de los seguros acumulado y su relación con el Producto Interno Bruto	31

Capítulo II

Cuadro II.1.	Asegurados en el IMSS, 2015-2016	48
Cuadro II.2.	Salario diario de asegurados trabajadores por tamaño de registro patronal, 2007-2016	57
Cuadro II.3.	Salario diario de asegurados trabajadores por sector económico, 2015-2016	58
Cuadro II.4.	Población derechohabiente del IMSS, 2016	63

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 2016	71
Cuadro III.3.	Estado de actividades del Seguro de Riesgos de Trabajo, al 31 de diciembre de 2016	79
Cuadro III.4.	Supuestos del escenario base y de los escenarios de riesgo 1 y de riesgo 2 para el periodo de 100 años	80
Cuadro III.5.	Resumen de las proyecciones financieras de la valuación actuarial del Seguro de Riesgos de Trabajo para el periodo de 2017-2116	83
Cuadro III.6.	Balance actuarial a 100 años del Seguro de Riesgos de Trabajo al 31 de diciembre de 2016	83

Cuadro III.7.	Resultados del escenario base y de los escenarios de sensibilidad de la valuación actuarial del Seguro de Riesgos de Trabajo	84
---------------	--	----

Capítulo IV

Cuadro IV.1.	Prestaciones del Seguro de Invalidez y Vida	93
Cuadro IV.2.	Distribución de las prestaciones del Seguro de Invalidez y Vida, 2016	95
Cuadro IV.3.	Estado de actividades del Seguro de Invalidez y Vida, al 31 de diciembre de 2016	102
Cuadro IV.4.	Supuestos del escenario base y de los escenarios de riesgo 1 y de riesgo 2 para un periodo de 100 años	103
Cuadro IV.5.	Resumen de las proyecciones financieras de la valuación actuarial del Seguro de Invalidez y Vida	106
Cuadro IV.6.	Balance actuarial a 100 años del Seguro de Invalidez y Vida, al 31 de diciembre de 2016	106
Cuadro IV.7.	Resultados del escenario base y de los escenarios de sensibilidad de la valuación actuarial del Seguro de Invalidez y Vida para el periodo 2017-2116	107

Capítulo V

Cuadro V.1.	Prestaciones del Seguro de Enfermedades y Maternidad	114
Cuadro V.2.	Estado de actividades del Seguro de Enfermedades y Maternidad, al 31 de diciembre de 2016	116
Cuadro V.3.	Comparación de indicadores de producción, productividad y desempeño de los servicios médicos, 2009-2012 vs. 2013-2016	117
Cuadro V.4.	Comparación de indicadores de desempeño de los servicios médicos, 2009-2012 vs. 2013-2016	118
Cuadro V.5.	Productividad del programa para abatir el diferimiento en cirugía de Traumatología y Ortopedia, 2016	119
Cuadro V.6.	Presupuesto 2017, cierre estimado 2017 y proyección 2018-2050 de ingresos, gastos y resultados del Seguro de Enfermedades y Maternidad	121
Cuadro V.7.	Presupuesto 2017, cierre estimado 2017 y proyección 2018-2050 de ingresos, gastos y resultados del Seguro de Enfermedades y Maternidad, cobertura de asegurados	122
Cuadro V.8.	Presupuesto 2017, cierre estimado 2017 y proyección 2018-2050 de ingresos, gastos y resultados de la cobertura de Gastos Médicos de Pensionados	125
Cuadro V.9.	Cierre 2016 y proyección 2018-2050 del déficit financiero del Seguro de Enfermedades y Maternidad y de sus coberturas	126
Cuadro V.10.	10 principales motivos de Consulta Externa (Medicina Familiar, Especialidades y Dental) en el IMSS, 2016	127
Cuadro V.11.	10 principales motivos de consultas de Urgencias en el IMSS, 2016	127
Cuadro V.12.	10 principales motivos de egresos hospitalarios en camas censables en el IMSS, 2016	128
Cuadro V.13.	Población y dosis por tipo de vacunas aplicadas en 2016	130
Cuadro V.14.	Comportamiento de la emisión de Receta Resurtible en el primer nivel	133
Cuadro V.15.	Productividad Encuentros Médico-Quirúrgicos en apoyo a IMSS-PROSPERA, 2012-2016	137
Cuadro V.16.	Productividad Encuentros Médico-Quirúrgicos de Oftalmología en Régimen Obligatorio, 2016	137

Cuadro V.17.	Total de atenciones por emergencia obstétrica otorgadas en el IMSS	139
Cuadro V.18.	Gasto médico en 2016 de 6 enfermedades crónico-degenerativas de alto impacto financiero	142
Cuadro V.19.	Comportamiento de Módulos DIABETIMSS	151
Cuadro V.20.	Tasas de mortalidad por cáncer, según tipo y sexo en derechohabientes de 20 años y más, 2005-2016	153
Cuadro V.21.	Número de mastografías de tamizaje, según grupo de edad, años 2015 y 2016	153
Cuadro V.22.	Número de atenciones en el Centro de Referencia Estatal para la Atención del Niño en Chiapas, 2016	154

Capítulo VI

Cuadro VI.1.	Prestaciones del Seguro de Guarderías y de las Prestaciones Sociales	162
Cuadro VI.2.	Estado de actividades del Seguro de Guarderías y Prestaciones Sociales, al 31 de diciembre de 2016	163
Cuadro VI.3.	Presupuesto 2017, cierre 2017 y proyección 2018-2050 de ingresos, gastos y resultado financiero del Seguro de Guarderías y Prestaciones Sociales	164
Cuadro VI.4.	Estadísticas del servicio de guarderías del IMSS, 2009-2016	166
Cuadro VI.5.	Estadísticas del servicio de guarderías del IMSS por delegación, a diciembre de 2016	167
Cuadro VI.6.	Estado de ingresos y gastos del ramo de Guarderías, 2011-2016	168
Cuadro VI.7.	Estado de resultados comparativo de los Centros Vacacionales, 2010-2016	179
Cuadro VI.8.	Resumen financiero de cada Centro Vacacional en 2016	180
Cuadro VI.9.	Resumen financiero de los Centros Vacacionales de 2016 y proyección 2017-2022	181
Cuadro VI.10.	Estado de Resultados del Sistema Nacional de Tiendas IMSS-SNTSS	182

Capítulo VII

Cuadro VII.1.	Estado de actividades del Seguro de Salud para la Familia, al 31 de diciembre de 2016	187
---------------	---	-----

Capítulo VIII

Cuadro VIII.1.	Infraestructura del Programa IMSS-PROSPERA, 2016	193
Cuadro VIII.2.	Asistencia médica ambulatoria y hospitalaria, 2016	193
Cuadro VIII.3.	Indicadores del Programa IMSS-PROSPERA, 2016	193
Cuadro VIII.4.	Infraestructura financiada con recursos de la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas en 2016	194
Cuadro VIII.5.	Ampliación o sustitución de Unidades Médicas Rurales financiadas con recursos municipales, 2016	194
Cuadro VIII.6.	Presupuesto original, 2016	195
Cuadro VIII.7.	Presupuesto ejercido, 2013-2016	195
Cuadro VIII.8.	Campaña para disminuir el rezago educativo, 2016	198
Cuadro VIII.9.	Delegaciones con casos sospechosos y confirmados de fiebre Chikungunya, 2015-2016	203
Cuadro VIII.10.	Delegaciones con casos sospechosos y confirmados de enfermedad por el virus Zika, 2016	204
Cuadro VIII.11.	Casos de influenza por temporada invernal, 2009-2017	205
Cuadro VIII.12.	Personas capacitadas en talleres comunitarios	205

Cuadro VIII.13.	Acciones de la Red Comunitaria en apoyo a la planificación familiar	206
Cuadro VIII.14.	Acciones de la Red Comunitaria en apoyo a la salud materna, de la mujer y del niño	207
Cuadro VIII.15.	Número de pacientes referidas por Acuerdo 126, 2006-2016	208
Cuadro VIII.16.	Logros de la vacunación contra el virus del papiloma humano durante las Semanas Nacionales de Salud (SENAS), 2015-2016	208
Cuadro VIII.17.	Capacitación a adolescentes en centros escolares, 2016	209
Cuadro VIII.18.	Componente Salud PROSPERA Programa de Inclusión Social	214
Cuadro VIII.19.	Indicadores de Salud y de Nutrición (ámbito rural), 2016	215
Cuadro VIII.20.	Indicadores de Salud y de Nutrición (ámbito urbano), 2016	215

Capítulo IX

Cuadro IX.1.	Propósitos de las Reservas y del Fondo Laboral	219
Cuadro IX.2.	Límites por Régimen de inversión de las Reservas y Fondo Laboral	221
Cuadro IX.3.	Posición de las Reservas y del Fondo Laboral, de 2013 a 2016	222
Cuadro IX.4.	Aportaciones, intereses y usos de las Reservas y del Fondo Laboral	223
Cuadro IX.5.	Asignación estratégica de activos, 2016 por clase y subclase de activo	225
Cuadro IX.6.	Cuentas y recursos administrados por las AFORE	227
Cuadro IX.7.	Productos financieros por Reserva y Fondo Laboral, 2015 y 2016	229
Cuadro IX.8.	Valor en riesgo de mercado y de crédito al cierre de 2016	231

Capítulo X

Cuadro X.1.	Principales resultados del pasivo laboral del IMSS en su carácter de patrón, al 31 de diciembre de 2016, de acuerdo con la Norma de Información Financiera D-3	235
Cuadro X.2.	Beneficios por prima de antigüedad e indemnizaciones, valuados conforme a la Norma de Información Financiera D-3 “Beneficios a los Empleados”	237
Cuadro X.3.	Principales resultados de la valuación actuarial por la prima de antigüedad e indemnizaciones, al 31 de diciembre de 2016, de acuerdo con la Norma de Información Financiera D-3	237
Cuadro X.4.	Proyección 2017-2060 de bajas de trabajadores IMSS que recibirán pagos por prima de antigüedad e indemnizaciones	238
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 2016	241
Cuadro X.6.	Beneficios valuados conforme a la Norma de Información Financiera D-3 “Beneficios a los Empleados” por el Régimen de Jubilaciones y Pensiones	242
Cuadro X.7.	Principales resultados de la valuación actuarial del Régimen de Jubilaciones y Pensiones, al 31 de diciembre de 2016, de acuerdo con la Norma de Información Financiera D-3	242
Cuadro X.8.	Proyección 2017-2095 de jubilados y pensionados del IMSS	244
Cuadro X.9.	Valor presente de obligaciones totales al 31 de diciembre de 2016, por el Régimen de Jubilaciones y Pensiones	245
Cuadro X.10.	Jubilados y pensionados del Programa IMSS-PROSPERA considerados en la valuación actuarial del Régimen de Jubilaciones y Pensiones, al 31 de diciembre de 2016	247
Cuadro X.11.	Proyecciones 2017-2095 de jubilados y pensionados del Programa IMSS-PROSPERA	248
Cuadro X.12.	Saldo acumulado en la Subcuenta 2 del Fondo Laboral, al 31 de diciembre de 2016	249

Cuadro X.13.	Contribuciones y requisitos establecidos para poder otorgar a los trabajadores que se contrataron bajo el Convenio de 2005 los beneficios de una jubilación por años de servicio o una pensión por cesantía en edad avanzada	250
Cuadro X.14.	Balance actuarial de la Subcuenta 2 del Fondo Laboral, al 31 de diciembre de 2016, descontadas las obligaciones de la seguridad social	251

Capítulo XI

Cuadro XI.1.	Participantes en las compras consolidadas	265
Cuadro XI.2.	Compra consolidada	266
Cuadro XI.3.	Ahorros por la contratación plurianual de servicios integrales	268
Cuadro XI.4.	Obras médicas nuevas concluidas	272
Cuadro XI.5.	Obras médicas de ampliación y/o remodelación concluidas	273
Cuadro XI.6.	Obras médicas en proceso constructivo	274
Cuadro XI.7.	Proyectos de Asociaciones Público Privadas	275
Cuadro XI.8.	Clasificación de Categoría	276
Cuadro XI.9.	Infraestructura médica por nivel de atención y tipo de unidad, 2015 y 2016	279
Cuadro XI.10.	Unidades médicas de tercer nivel y unidades complementarias, 2016	280
Cuadro XI.11.	Unidades médicas por región, delegación, nivel de atención y tipo de unidad, 2016	281
Cuadro XI.12.	Unidades médicas del Programa IMSS-PROSPERA por región, delegación, nivel de atención y tipo de unidad, 2016	283
Cuadro XI.13.	Unidades no médicas propiedad del IMSS y rentadas por tipo de función	285
Cuadro XI.14.	Número de bienes clasificados por categoría funcional del Régimen Ordinario e IMSS-PROSPERA, al cierre de 2016	286
Cuadro XI.15.	Equipo médico adquirido en 2016 por categoría funcional del Régimen Ordinario e IMSS-PROSPERA	287
Cuadro XI.16.	Promedio de consultas diarias de Vigencia de Derechos	294

Capítulo XII

Cuadro XII.1.	Acciones asociadas al control eficiente del gasto	301
Cuadro XII.2.	Trámites simplificados	305
Cuadro XII.3.	Procesos de mejora	305
Cuadro XII.4.	Obras médicas nuevas concluidas, 2016	315
Cuadro XII.5.	Obras médicas de ampliación y/o remodelación concluidas, 2016	316
Cuadro XII.6.	Unidades médicas inauguradas, 2016-mayo de 2017	316

Índice de Gráficas



Introducción

Gráfica 1.	Uso de Reservas y Fondo Laboral	4
------------	---------------------------------	---

Capítulo I

Gráfica I.1.	Estructura de la población en México por edad y sexo	8
Gráfica I.2.	Composición de la población derechohabiente adscrita a médico familiar por grupo de edad, 1992-2016	9
Gráfica I.3.	Crecimiento de consulta externa de Medicina Familiar por grupo de edad, 1986-2016	9
Gráfica I.4.	Defunciones por grupo de edad en el IMSS, 1976-2016	10
Gráfica I.5.	Defunciones por causas seleccionadas, 1976-2016	11
Gráfica I.6.	Producto Interno Bruto real y trabajadores asegurados afiliados al IMSS, 1995-2016	11
Gráfica I.7.	Balance de operación	20
Gráfica I.8.	Pasivos al final de cada ejercicio	22
Gráfica I.9.	Participación en el gasto total, años 2000, 2006 y 2016	23
Gráfica I.10.	Suficiencia Financiera del IMSS, Informes al Ejecutivo y al Congreso de 2011 a 2017	27
Gráfica I.11.	Uso de Reservas y Fondo Laboral y proyecciones 2017	28
Gráfica I.12.	Crecimiento de trabajadores asegurados para el periodo 2017-2050, Informes al Ejecutivo y al Congreso 2016 y 2017	29

Capítulo II

Gráfica II.1.	Ingreso obrero-patronal del IMSS real (incluye IMSS-Patrón) y meta de la Ley de Ingresos de la Federación, 2012-2016	34
Gráfica II.2.	Variación real en ingreso obrero-patronal del IMSS (incluye IMSS-Patrón) en los primeros 4 años de la actual y anteriores Administraciones	35
Gráfica II.3.	Producto Interno Bruto real y puestos de trabajo en el IMSS, 1997-2016	36
Gráfica II.4.	Elasticidad entre los puestos de trabajo en el IMSS y el Producto Interno Bruto real, 2006-2016	36
Gráfica II.5.	Creación de puestos de trabajo en el IMSS en los primeros 4 años y 4 meses de la actual y anteriores Administraciones	37
Gráfica II.6.	Elasticidad entre los puestos de trabajo en el IMSS y el Producto Interno Bruto real por sector económico, 2006-2016	38
Gráfica II.7.	Distribución de los puestos de trabajo en el IMSS por sector o actividad económico(a), 2016	38

Gráfica II.8.	Elasticidad entre los puestos de trabajo en el IMSS y el Producto Interno Bruto real por tipo de empleo, 2006-2016	39
Gráfica II.9.	Elasticidad entre los puestos de trabajo en el IMSS y el Producto Interno Bruto real por tamaño de empresa, 2006-2016	40
Gráfica II.10.	Distribución de los puestos de trabajo registrados en el IMSS por tamaño de empresa, 2016	40
Gráfica II.11.	Elasticidad entre los puestos de trabajo en el IMSS y el Producto Interno Bruto real por región geográfica, 2006-2016	41
Gráfica II.12.	Distribución de los puestos de trabajo en el IMSS por región geográfica, 2016	41
Gráfica II.13.	Ingresos por fiscalización y cobranza, real y nominal, 2012-2016	46
Gráfica II.14.	Estímulo al ingreso por delegación de adscripción al IMSS, 2015-2017	47
Gráfica II.15.	Creación de puestos de trabajo en el IMSS, 1997-2016	49
Gráfica II.16.	Estructura de puestos de trabajo permanente y eventual, 2007-2016	50
Gráfica II.17.	Brecha salarial entre puestos permanentes y eventuales, 2007-2016	51
Gráfica II.18.	Participación en la creación de puestos de trabajo por región, 2012-2016	52
Gráfica II.19.	Variación anual de puestos de trabajo por entidad, 2015-2016	52
Gráfica II.20.	Participación en la creación de puestos de trabajo por sector económico, 2012-2016	53
Gráfica II.21.	Distribución de puestos de trabajo por tamaño de registro patronal, 2007-2016	54
Gráfica II.22.	Salario diario de asegurados trabajadores, 2007-2016	55
Gráfica II.23.	Variación de puestos de trabajo por rango salarial en número de veces el salario mínimo	56
Gráfica II.24.	Distribución salarial de asegurados trabajadores en número de veces el salario mínimo y tamaño de empresa, 2016	56
Gráfica II.25.	Distribución de puestos de trabajo por rango salarial en número de veces el salario mínimo y sector económico, 2016	58
Gráfica II.26.	Salario por región en pesos de 2016 y número de veces el salario mínimo, 2007-2016	59
Gráfica II.27.	Variación anual del salario real de asegurados trabajadores por entidad, 2016	60
Gráfica II.28.	Afiliaciones al IMSS en modalidad 32, del Seguro Facultativo, 2000-2016	61
Gráfica II.29.	Pensionados, 2007-2016	62
Gráfica II.30.	Población derechohabiente y adscrita al IMSS, sin IMSS-PROSPERA, 2007-2016	64
Gráfica II.31.	Población derechohabiente al IMSS, total, adscrita y con el dato de la CURP, sin IMSS-PROSPERA, 2011-2016	65
Gráfica II.32.	Estimación de la cifra de derechohabientes, adscritos y asociados a personas, 2016	66
Gráfica II.33.	Población en el país, derechohabiente y adscrita, 2007-2016	66

Capítulo III

Gráfica III.1.	Eventos que generan prestaciones en dinero en el Seguro de Riesgos de Trabajo	70
Gráfica III.2.	Certificados y días de incapacidad del Seguro de Riesgos de Trabajo, 2006-2016	74
Gráfica III.3.	Gasto en subsidios por riesgos de trabajo, 2006-2016	74
Gráfica III.4.	Pensiones provisionales vigentes y gasto, 2006-2016	75
Gráfica III.5.	Pensiones definitivas vigentes y gasto en el Seguro de Riesgos de Trabajo por la Ley de 1973, 2006-2016	76

Gráfica III.6.	Rentas vitalicias y sumas aseguradas del Seguro de Riesgos de Trabajo, 2006-2016	77
Gráfica III.7.	Indemnizaciones globales y gasto erogado, 2006-2016	77
Gráfica III.8.	Estimación del número de bajas de asegurados por incapacidad permanente parcial y total, y de fallecidos del Seguro de Riesgos de Trabajo para el periodo de 2017-2116	81
Gráfica III.9.	Gasto en Prestaciones Económicas IMSS-Asegurador, 2003-2016	86
Gráfica III.10.	Tasa de cambio del crecimiento anual del gasto en prestaciones económicas vs. la población asegurada, enero 2011-noviembre 2016	86
Gráfica III.11.	Relación entre Prestaciones Económicas y Salud en el Trabajo	87
Gráfica III.12.	Casos de más de 100 días en Enfermedad General	87
Gráfica III.13.	Casos de más de 100 días en Riesgos de Trabajo	87

Capítulo IV

Gráfica IV.1.	Eventos que generan prestaciones en dinero en el Seguro de Invalidez y Vida	94
Gráfica IV.2.	Certificados y días de incapacidad por Enfermedad General, 2006-2016	97
Gráfica IV.3.	Gasto en subsidios por Enfermedad General, 2006-2016	97
Gráfica IV.4.	Pensiones temporales vigentes y gasto, 2006-2016	99
Gráfica IV.5.	Pensiones de invalidez definitivas vigentes y gasto por Ley del Seguro Social de 1973, 2006-2016	100
Gráfica IV.6.	Rentas vitalicias y sumas aseguradas del Seguro de Invalidez y Vida, 2006-2016	100
Gráfica IV.7.	Estimación del número de bajas de asegurados por invalidez y fallecimiento del Seguro de Invalidez y Vida para el periodo 2017-2116	104
Gráfica IV.8.	Administración de pensiones	108
Gráfica IV.9.	Modelo de Solicitud de Pensión	109
Gráfica IV.10.	Casos de Registro Federal de Contribuyentes válidos e inválidos, 2013-2017	110
Gráfica IV.11.	Importe retenido por Impuesto sobre la Renta, 2013-2016	110
Gráfica IV.12.	Fallecimientos de pensionados por año, 2014-2016	111

Capítulo V

Gráfica V.1.	Prima de reparto, de contribución y media nivelada del Seguro de Enfermedades y Maternidad, 2017-2050	121
Gráfica V.2.	Prima de reparto, de contribución y media nivelada del Seguro de Enfermedades y Maternidad-Asegurados, 2017-2050	123
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, 2017-2050	125
Gráfica V.4.	Principales problemas de salud, según Años de Vida Saludable Perdidos por Muerte Prematura y por Discapacidad en derechohabientes del IMSS, 2010	127
Gráfica V.5.	Número de derechohabientes que recibieron revisión anual PREVENIMSS, 2006-2016	130
Gráfica V.6.	Tendencia de obesidad en niños, 2006-2016	131
Gráfica V.7.	Productividad en Unidades Médicas de Atención Ambulatoria, comparativo 2015-2016	136
Gráfica V.8.	Razón de muerte materna, 2005-2016	140
Gráfica V.9.	Tendencia de la mortalidad perinatal en el IMSS	141
Gráfica V.10.	Número de detecciones de enfermedades crónicas no transmisibles, 2006-2016	146

Gráfica V.11.	Tendencias de mortalidad por diabetes mellitus y enfermedades cardiovasculares, en derechohabientes y no derechohabientes del IMSS, 1998-2015	146
Gráfica V.12.	Tendencias de mortalidad por cáncer cérvico-uterino y cáncer de mama, en derechohabientes y no derechohabientes del IMSS, 1998-2015	147
Gráfica V.13.	Tendencias de mortalidad por SIDA, en derechohabientes y no derechohabientes del IMSS, 1998-2015	147
Gráfica V.14.	Implementación del Código Infarto	149
Gráfica V.15.	Número de defunciones y tasa de mortalidad por tumores malignos, IMSS, 2005-2016	152
Gráfica V.16.	Incremento en trasplantes en el IMSS, 2012-2016	155
Gráfica V.17.	Cursos de educación continua y número de asistentes, 2012-2016	156
Gráfica V.18.	Número de alumnos inscritos en cursos a distancia, 2013-2016	156

Capítulo VI

Gráfica VI.1.	Tasas de participación laboral por sexo, 1970-2016	165
Gráfica VI.2.	Expansión y ampliación de guarderías, 2015-2018	172
Gráfica VI.3.	Población usuaria anual de los Centros Vacacionales, 2006-2016	178

Capítulo VII

Gráfica VII.1.	Afiliados al Seguro de Salud para la Familia, a diciembre de cada año, 2007-2016	188
Gráfica VII.2.	Distribución por grupo de edad de la población afiliada al Seguro de Salud para la Familia y al Seguro de Enfermedades y Maternidad, en 2016	188
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	190

Capítulo VIII

Gráfica VIII.1.	Inversión física, 2013-2016	196
Gráfica VIII.2.	Presupuesto 2013-2016	197
Gráfica VIII.3.	Prevalencia (%) de la desnutrición global, ámbito rural, 2009-2016	200
Gráfica VIII.4.	Prevalencias de anemia en menores de 12 a 23 meses y de 24 a 59 meses de edad, ámbito rural, 2012-2016	200
Gráfica VIII.5.	Incidencia de tuberculosis pulmonar, 2000-2016	201
Gráfica VIII.6.	Casos confirmados de fiebre por dengue, 2000-2016	202
Gráfica VIII.7.	Casos confirmados de fiebre hemorrágica por dengue, 2000-2016	202
Gráfica VIII.8.	Monitoreo de 2% de las diarreas para identificar la circulación del <i>Vibrio cholerae</i> , 2010-2016	204
Gráfica VIII.9.	Casos probables de cólera notificados por IMSS-PROSPERA en la Plataforma de cólera del SINAVE, 2013-2016	204
Gráfica VIII.10.	Mortalidad materna en IMSS-PROSPERA, 2007-2016	206
Gráfica VIII.11.	Detecciones de diabetes mellitus, 2010-2016	210
Gráfica VIII.12.	Detecciones de hipertensión arterial, 2010-2016	210
Gráfica VIII.13.	Pacientes con diabetes e hipertensión registrados en tratamiento, 2010-2016	211
Gráfica VIII.14.	Casos y tasas de infecciones asociadas a la atención de la salud, 2010-2016	212
Gráfica VIII.15.	Encuentros Médico-Quirúrgicos efectuados, 2013-2016	212

Gráfica VIII.16.	Encuentros Médico-Quirúrgicos efectuados en 2016	213
Gráfica VIII.17.	Consultas otorgadas por año a migrantes, 2013-2016	213

Capítulo IX

Gráfica IX.1.	Estructura de las Reservas y Fondo Laboral del IMSS	218
Gráfica IX.2.	Evolución del saldo de las Reservas y Fondo Laboral, 1998-2016	221
Gráfica IX.3.	Evolución del saldo de la Subcuenta 2 del Fondo Laboral, 2006-2016	222
Gráfica IX.4.	Comisiones sobre saldo, Afore XXI Banorte vs. el resto del Sistema, 2009-2017	228
Gráfica IX.5.	Evolución de productos financieros de las Reservas y Fondo Laboral, 2000-2016	229
Gráfica IX.6.	Evolución del saldo contable y de inversión de las Reservas y Fondo Laboral, 2000-2016	230

Capítulo X

Gráfica X.1.	Proyección del número de trabajadores y pensionados del Régimen de Jubilaciones y Pensiones	243
Gráfica X.2.	Flujo de gasto anual del Régimen de Jubilaciones y Pensiones, total y a cargo del IMSS-Patrón	245
Gráfica X.3.	Distribución de valor presente de obligaciones totales del Régimen de Jubilaciones y Pensiones, al 31 de diciembre de 2016	246
Gráfica X.4.	Asuntos en trámite por tipo de proceso, a diciembre de 2016	252
Gráfica X.5.	Asuntos laborales en trámite por tipo de actor, a diciembre de 2016	253
Gráfica X.6.	Evolución de pasivos contingentes, diciembre 2010-2016	254
Gráfica X.7.	Comparativos pasivos contingentes, juicios laborales, diciembre de 2015 y 2016	255
Gráfica X.8.	Juicios laborales en trámite con pasivo contingente, a diciembre de 2016, iniciados en 1985-2012 e iniciados durante la gestión 2013-2016	256
Gráfica X.9.	Laudos primera instancia y firmes 2016	257
Gráfica X.10.	Laudos favorables en primera instancia, con pasivo contingente, diciembre de 2012 a diciembre de 2016	257
Gráfica X.11.	Demandas laborales notificadas, que representan pasivo contingente, diciembre de 2012 a diciembre de 2016	257
Gráfica X.12.	Comparativos pasivos contingentes, juicios contenciosos administrativos, diciembre de 2015 y 2016	259
Gráfica X.13.	Comparativos pasivos contingentes, juicios contenciosos administrativos, diciembre de 2015 y 2016	260
Gráfica X.14.	Comparativos pasivos contingentes, juicios civiles y mercantiles, diciembre de 2015 y 2016	260
Gráfica X.15.	Comparativos pasivos contingentes, juicios civiles y mercantiles, diciembre de 2015 y 2016	261

Capítulo XI

Gráfica XI.1.	Generación de vales de medicamentos, 2016	267
Gráfica XI.2.	Importe de las altas de mobiliario y equipo médico del Régimen Ordinario, 2003-2016	286
Gráfica XI.3.	Arquitectura IMSS Digital	288

Gráfica XI.4.	Incremento de descargas de la aplicación IMSS Digital	290
Gráfica XI.5.	Incremento de trámites y servicios digitales vía App IMSS Digital	290
Gráfica XI.6.	Trámites realizados en la App IMSS Digital	290
Gráfica XI.7.	Visitas y <i>bounce rate</i> del Sitio Web “Acercando el IMSS al Ciudadano”	291
Gráfica XI.8.	Campaña de Atención a Pensionados	293
Gráfica XI.9.	Red de telecomunicaciones del IMSS	295
Gráfica XI.10.	Ejecución del gasto del área tecnológica	296

Capítulo XII

Gráfica XII.1.	Uso de Reservas, 2007-2016	301
Gráfica XII.2.	Ingresos del IMSS y Meta de la Ley de Ingresos de la Federación, 2012-2016	303
Gráfica XII.3.	Puestos de trabajo en el IMSS, marzo de 2007-marzo de 2017	303
Gráfica XII.4.	App IMSS Digital: Trámites realizados	306
Gráfica XII.5.	Implementación de Unifila, 2016-2017	307
Gráfica XII.6.	Implementación de Referencias a segundo nivel de atención, 2016-2017	308
Gráfica XII.7.	Implementación de Gestión de Camas, 2016-2017	309
Gráfica XII.8.	Implementación de Urgencias/Triage, 2016-2017	309
Gráfica XII.9.	Implementación de Código Infarto, 2016	310
Gráfica XII.10.	Cirugías de fin de semana realizadas	311
Gráfica XII.11.	Personal capacitado en el Programa "SER IMSS", 2016-2017	312
Gráfica XII.12.	Nivel de atención de recetas	313
Gráfica XII.13.	Programa de Vales de Medicamentos: Incremento en cobertura de derechohabientes	313
Gráfica XII.14.	Recetas emitidas y consultas liberadas en primer nivel	314
Gráfica XII.15.	Inversión en infraestructura, equipo y mejoramiento de instalaciones por el IMSS	315
Gráfica XII.16.	Generación y entrega de Número de Seguridad Social a estudiantes, 2016	317
Gráfica XII.17.	Porcentaje del gasto en alimentos fuera del hogar, 1984-2014	319
Gráfica XII.18.	Importaciones de alimentos procesados provenientes de Estados Unidos	319
Gráfica XII.19.	Población total y distribución porcentual según sexo	320
Gráfica XII.20.	Estructura de la población en México por edad y sexo	321
Gráfica XII.21.	Enfermedades crónicas: consultas y gasto anual	322
Gráfica XII.22.	Encuentros Médico-Quirúrgicos, 2013-2016	324

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

Opinión

Hemos auditado los estados financieros del Instituto Mexicano del Seguro Social, Organismo Público Descentralizado integrante del Sector Paraestatal de la Administración Pública Federal (el Instituto), que comprenden los estados de situación financiera, los estados analítico del activo y los estados analítico de la deuda y otros pasivos, al 31 de diciembre de 2016 y 2015, y los estados de actividades, los estados de variaciones en el patrimonio, los estados de flujos de efectivo y los estados de cambios en la situación financiera, así como el reporte de patrimonio y el informe sobre pasivos contingentes, correspondientes a los años terminados en dichas fechas, así como las notas explicativas a los estados financieros que incluyen un resumen de las políticas contables significativas.

En nuestra opinión, los estados financieros adjuntos, que se describen en el párrafo anterior, están preparados, en todos los aspectos materiales, de conformidad con las disposiciones en materia de información financiera que se indican en la Nota 38 a los estados financieros que se acompañan y que están establecidas en la Ley General de Contabilidad Gubernamental.

Fundamento de la opinión

Hemos llevado a cabo nuestras auditorías de conformidad con las Normas Internacionales de Auditoría. Nuestras responsabilidades, de acuerdo con estas normas, se describen con más detalle en la sección "Responsabilidades del auditor para la auditoría de los estados financieros" de nuestro informe. Somos independientes del Instituto de conformidad con el Código de Ética Profesional del Instituto Mexicano de Contadores Públicos, A.C. (Código de Ética Profesional), junto con los requerimientos de ética que son aplicables a nuestras auditorías de los estados financieros en México, y hemos cumplido con las demás responsabilidades de ética de conformidad con esos requerimientos y con el Código de Ética Profesional. Consideramos que la evidencia de auditoría que hemos obtenido proporciona una base suficiente y adecuada para nuestra opinión.



Párrafo de énfasis: Base de preparación contable y utilización de este informe

Llamamos la atención sobre las Notas 38 y 39 a los estados financieros adjuntos, en las 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 Pública Federal, los cuales están presentados en los formatos que para tal efecto fueron establecidos por la Unidad de Contabilidad Gubernamental de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público; consecuentemente, éstos pueden no ser apropiados para otra finalidad. Nuestra opinión no se modifica por esta cuestión.

Párrafo de énfasis: Pasivo de transición a la nueva Norma de Información Financiera D-3 “Beneficios a los Empleados”

Llamamos la atención sobre la Nota 14 a los estados financieros adjuntos, en la que menciona que a partir del ejercicio 2016, la determinación del costo neto del periodo para el Régimen de Jubilaciones y Pensiones y para Prima de Antigüedad de Indemnizaciones en favor de los Trabajadores del Instituto, se realizó considerando la transición a la nueva Norma de Información Financiera (NIF) D-3 “Beneficios a los Empleados” y Mejoras a las NIF 2017, lo cual implicó un pasivo de transición a la NIF D-3 pendiente de reconocer por 1,653,119 millones de pesos, pasivo que no se reconoce contablemente, de conformidad a lo establecido en la Norma de Información Financiera Gubernamental General para el Sector Paraestatal 05 “Obligaciones Laborales”. Nuestra opinión no se modifica por esta cuestión.

Otra información

La administración es responsable de la otra información. La otra información comprende la información incluida en el informe anual, pero no incluye los estados financieros ni nuestro informe de auditoría correspondiente. Esperamos disponer de la otra información después de la fecha de este informe de auditoría.

Nuestra opinión sobre los estados financieros no cubre la otra información y no expresamos ninguna forma de conclusión que proporcione un grado de seguridad sobre esta.

En relación con nuestra auditoría de los estados financieros, nuestra responsabilidad es leer y considerar la otra información que identificamos más arriba cuando dispongamos de ella y, al hacerlo, considerar si existe una incongruencia material entre la otra información y los estados financieros o el conocimiento obtenido por nosotros en la auditoría o si parece que existe una incorrección material en la otra información por algún otro motivo.



Responsabilidades de la administración y de los encargados del gobierno del Instituto sobre los estados financieros

La administración es responsable de la preparación de los estados financieros adjuntos de conformidad con las disposiciones en materia de información financiera establecidas en la Ley General de Contabilidad Gubernamental que se describen en la Nota 38 a dichos estados financieros, y del control interno que la administración consideró necesario para permitir la preparación de estados financieros libres de incorrección material debida a fraude o error.

En la preparación de los estados financieros, la administración es responsable de la valoración de la capacidad del Instituto para continuar operando como una entidad en funcionamiento, revelando, en su caso, las cuestiones relativas a la entidad en funcionamiento y utilizando las bases contables aplicables a una entidad en funcionamiento, a menos que la administración tenga la intención de liquidar el Instituto o cesar sus operaciones, o bien no exista una alternativa realista.

Los encargados del gobierno del Instituto son responsables de la supervisión del proceso de información financiera del Instituto.

Responsabilidades del auditor sobre la auditoría de los estados financieros

Nuestros objetivos son obtener una seguridad razonable sobre de que los estados financieros, en su conjunto, se encuentran libres de incorrección material, debido a fraude o error, y emitir un informe de auditoría que contiene nuestra opinión. Seguridad razonable es un alto nivel de seguridad, pero no es una garantía, de que una auditoría realizada de conformidad con las Normas Internacionales de Auditoría siempre detecte una incorrección material cuando existe. Las incorrecciones pueden deberse a fraude o error y son consideradas materiales si individualmente, o en su conjunto, puede preverse razonablemente que influyan en las decisiones económicas que los usuarios hacen basándose en los estados financieros.

Como parte de una auditoría de conformidad con las Normas Internacionales de Auditoría, aplicamos nuestro juicio profesional y mantenemos una actitud de escepticismo profesional durante toda la auditoría. También:

- Identificamos y evaluamos los riesgos de incorrección material en los estados financieros, debida a fraude o error, diseñamos y aplicamos los procedimientos de auditoría para responder a esos riesgos y obtener evidencia de auditoría suficiente y apropiada para obtener una base para nuestra opinión. El riesgo de no detectar una incorrección material debida a fraude es mayor que en el caso de una incorrección material, ya que el fraude puede implicar colusión, falsificación, manifestaciones intencionalmente erróneas, omisiones intencionales o la anulación del control interno.



- Obtenemos conocimiento del control interno importante para la auditoría con el fin de diseñar los procedimientos de auditoría que consideramos adecuados en las circunstancias, y no con la finalidad de expresar una opinión sobre la eficacia del control interno del Instituto.
- Evaluamos lo apropiado de las políticas contables utilizadas y la razonabilidad de las estimaciones contables, así como las revelaciones hechas por la administración del Instituto.
- Concluimos sobre lo apropiado del uso de la administración de las bases contables aplicables a una entidad en funcionamiento y, con base en la evidencia de auditoría obtenida, concluimos sobre si existe o no una incertidumbre importante relacionada con eventos o con condiciones que pueden originar dudas significativas sobre la capacidad del Instituto para continuar como entidad en funcionamiento. Si concluimos que existe una incertidumbre importante, se nos requiere que llamemos la atención en nuestro informe de auditoría sobre la correspondiente información revelada en los estados financieros o, si dicha revelación es insuficiente, que expresemos una opinión modificada. Nuestras conclusiones se basan en la evidencia de auditoría obtenida hasta la fecha de nuestro informe. Sin embargo, hechos o condiciones futuros pueden ser causa de que el Instituto deje de ser una entidad en funcionamiento.

Nos comunicamos con los encargados del gobierno del Instituto en relación, entre otras cuestiones, con el alcance planeado y el momento de realización de la auditoría y los hallazgos importantes de la auditoría, así como cualquier deficiencia significativa en el control interno que identificamos durante nuestra auditoría.



Gossler, S.C.

C.P.C. Jaime Díaz Martínez
Socio

Ciudad de México
Marzo 16, 2017



México, D.F. a 19 de mayo de 2017

**Instituto Mexicano del Seguro Social
Av. Paseo de la Reforma 476,
Col. Juárez
Ciudad de México**

De acuerdo al contrato de prestación de servicios P5M0070 Nuestra Firma realizó la Auditoría Anual a la Valuación Financiera y Actuarial al 31 de diciembre de los años 2014, 2015 y 2016.

El propósito de la Auditoría es revisar y certificar el proceso que sigue el Instituto Mexicano del Seguro Social para llevar a cabo la evaluación de su situación financiera, la cual se realiza a partir del: i) Presupuesto del Instituto Mexicano del Seguro Social y Reporte de la Dirección General, correspondiente al año de valuación y ii) los resultados de las proyecciones de corto, mediano y largo plazos.

Durante el periodo que se ha practicado la Auditoría se destacan las acciones que el Instituto ha realizado para que sus estimaciones estén lo más apegadas a la dinámica poblacional y financiera observada en los últimos años en el País, por este motivo se han incorporado y modificado hipótesis que influyen de manera importante en la generación de resultados.

Ante los cambios en la dinámica poblacional y la volatilidad financiera que se ha presentado, el Instituto ha incorporado en sus modelos factores dinámicos que permiten simular, en nuestro leal saber y entender, de manera más fehaciente la situación demográfica y financiera que se presentará en el corto, mediano y largo plazos.

A manera de resumen, algunos de los fenómenos sociales y financieros que se han adaptado en los modelos del Instituto son los siguientes:

- 1) Derivado del cambio continuo en la dinámica poblacional procedente de la disminución paulatina en las tasas de mortalidad y fecundidad, así como de la incorporación cada vez más importante de la mujer en la planta laboral del País, se actualizaron los supuestos de que un asegurado tenga una contingencia por invalidez, incapacidad por riesgos de trabajo, muerte y la que corresponde para alcanzar los derechos a una pensión por cesantía en



edad avanzada o vejez, obteniéndose para el corto plazo supuestos dinámicos.

- 2) Asimismo, para el corto plazo se adoptaron supuestos de crecimiento de asegurados más acordes a los observados en los años recientes y para el largo plazo se tienen supuestos más conservadores. Además se reconoce una expectativa más alta de crecimiento laboral en el sexo femenino en comparación con el masculino.
- 3) Ante la volatilidad observada de manera mundial en el sector financiero, se optó para la estimación de las sumas aseguradas de los Seguros de Riesgos de Trabajo e Invalidez y Vida utilizar tasas de descuento diferenciadas para el corto plazo, las cuales reflejan el incremento en las tasas de referencia que han utilizado las compañías aseguradoras para el cálculo de los montos constitutivos en los últimos meses y para el largo plazo supone la estabilización de dichas tasas.

Nuestra Firma manifiesta su acuerdo con el Instituto, en relación a que el proceso de generación de estimaciones financieras del Instituto son un “ente” dinámico y no estático, y por lo tanto existen posibles mejoras que se van incorporando para la estimación de la situación financiera.

En relación a la generación de resultados para este año, nuestra Firma revisó y analizó los modelos actuariales y financieros utilizados para llevar a cabo las estimaciones de corto, mediano y largo plazo, realizándose lo siguiente:

- i) Se analizó la estructura y tendencia de los gastos del Instituto, mismos que se encuentran divididos en cuatro grandes rubros:
 - 1) Gastos relacionados con el otorgamiento de beneficios de acuerdo a la Ley del Seguro Social.
 - 2) Gasto corriente (incluyendo de manera particular los rubros de gasto de los servicios de personal, servicios generales y materiales y suministros).
 - 3) Inversión física.



4) Operaciones ajenas al IMSS.

Los rubros mencionados en el inciso 1) y 2), representan el 98% de los egresos propios del Instituto. Así también, se verificó que las estimaciones de ingresos y gastos a nivel consolidado y su desglose por seguro para el corto, mediano y largo plazos, sean confiables, razonables y que además se hayan determinado conforme a las técnicas y metodologías generalmente aceptadas.

- ii) Se verificó que el proceso para determinar el uso de las reservas para el periodo 2017-2025 considerara las necesidades de financiamiento del Seguro de Enfermedades y Maternidad.
- iii) Se revisó que la estimación del costo de las prestaciones en dinero que otorgan los Seguros de Riesgos de Trabajo e Invalidez y Vida se realizaran conforme a lo que establece la Ley del Seguro Social. Asimismo, se confirmó que el cálculo de los montos constitutivos estuviera apegado a las metodologías de cálculo establecidas por la Comisión Nacional de Seguros y de Fianzas para las pensiones derivadas de la Ley del Seguro Social que se otorgan bajo el mecanismo de rentas vitalicias. Además, se verificó que los cálculos sean confiables, razonables y que se hayan determinado conforme a las técnicas y metodologías actuariales generalmente aceptadas.

Certificación actuarial

Por lo anteriormente expuesto, certifico que:

- i) Los supuestos macroeconómicos adoptados en los modelos para evaluar la situación financiera del IMSS tienen sustento en la realidad observada.
- ii) Los modelos empleados para proyectar la situación financiera global del IMSS en el corto (2017-2025) y mediano plazos (hasta el año 2050) son consistentes con la experiencia observada en los últimos años, además



reflejan razonablemente la situación financiera del Instituto Mexicano del Seguro Social para el periodo que abarcan sus proyecciones.

- iii) La información, los supuestos y las metodologías utilizadas para estimar las obligaciones de largo plazo en los Seguros de Riesgos de Trabajo y de Invalidez y Vida son acordes con la evolución esperada, por lo que en nuestra opinión y a nuestro leal saber y entender, presentan razonablemente la situación financiera en el corto, el mediano y el largo plazo. Asimismo, las metodologías de cálculo utilizadas están basadas en la técnica actuarial generalmente aceptada.

Agradeciendo la confianza depositada en nosotros para el desarrollo de este trabajo, quedamos como siempre a sus apreciables órdenes.

Atentamente,

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Marcela Flores Quiroz".

Act. Marcela Flores Quiroz
Cédula Profesional No. 1280075
Perito Valuador de Pasivos
Contingentes No. 049-1280075

15 de mayo de 2017

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 de Prestación de Servicios de Consultoría Actuarial No. P5M0047, certificamos que hemos efectuado la Valuación Actuarial del Régimen de Jubilaciones y Pensiones 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 "Beneficios a los Empleados", al 31 de diciembre de 2016. 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 las obligaciones laborales del IMSS. Asimismo, se certifica que las estimaciones financieras y demográficas de largo plazo que se presentan para medir las obligaciones laborales del Instituto, exponen de manera razonable la situación actual de sus pasivos y su evolución futura.

Finalmente, se hace constar 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/105/2015

Aon México Business Support, S.A. de C.V.

Cd. de México | Torre Diana | Río Lerma No. 232, Piso 28 Suite "B" | Col. Cuauhtémoc | C.P. 06500

T +52.55 5387.6000 | aon.com.mx



26 de Mayo de 2017

**Instituto Mexicano del Seguro Social
Gobernador Tiburcio Montiel No 15, 4º piso,
Col. San Miguel Chapultepec, C.P. 11850
México, D.F.**

De acuerdo con el Contrato de Prestación de Servicios Profesionales de Consultoría Actuarial No. P5M0049, celebrado entre el 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 2016".

El estudio actuarial en referencia fue realizado con base en la información proporcionada por el IMSS, con respecto a:

- i) 41,443 trabajadores al cierre de 2016 contratados bajo la cobertura del "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 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 (Fondo Laboral);
- iii) 402 pensionados bajo el Convenio de 2005 en curso de pago al cierre de 2016; y,
- iv) El saldo de los recursos acumulados en la subcuenta 2 del Fondo Laboral al 31 de diciembre de 2016.

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, en lo relativo a que los recursos que se depositen en la subcuenta 2 del Fondo Laboral deben financiar plenamente los costos futuros derivados del Régimen de Jubilaciones y Pensiones conforme a lo que se establece en el Convenio de 2005.

Los elementos que se consideran en el estudio para determinar la suficiencia financiera de la Subcuenta 2 del Fondo Laboral son los siguientes:

- El importe del saldo acumulado en la subcuenta 2 del Fondo Laboral al 31 de diciembre de 2016, considerando los rendimientos generados a esa fecha,
- La estimación de las aportaciones futuras que realizarán a dicha subcuenta los trabajadores en activo,
- La estimación de las obligaciones por jubilaciones y pensiones complementarias a las que se establecen en la Ley del Seguro Social, provenientes de los trabajadores contratados bajo la cobertura del Convenio de 2005, y



Los supuestos demográficos y financieros, de los cuales se destacan las probabilidades de vida y la tasa de rendimiento de los recursos de la subcuenta 2 del Fondo Laboral.

El estudio no certifica el detalle mensual de las aportaciones realizadas a diciembre de 2016, 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.

Asimismo, se actuó con objetividad en la determinación de los supuestos, y en la proyección de los recursos para cubrir plenamente las obligaciones, 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 jubilaciones y pensiones complementarias que se estima para la población valuada conforme a lo que establece el Convenio de 2005, se encuentra financiado con el saldo acumulado en la Subcuenta 2 del Fondo Laboral 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 3.70% real fijada por el IMSS como meta promedio anual de rendimiento de los recursos que se vayan acumulando en la referida Subcuenta 2.

Atentamente,

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Marcela Flores Quiroz".

Act. Marcela Flores Quiroz
Director General
Cedula Profesional No. 1280075
Perito Valuador Pasivos
Contingentes No. 049-1280075

ELR/egc



IMSS

www.imss.gob.mx