

03 JUL 2013

ISSSTE

DIRECCIÓN GENERAL
OFICIO No. DG.100.1/296/2012

*Se remite a los Comisionados de
Hacienda y Crédito Público y de
Seguridad Social de la Cámara de
Senadores y de la Cámara de
Deputados*

México, D.F., a 26 de junio de 2012

SEN. ERNESTO JAVIER CORDERO ARROYO
PRESIDENTE DE LA MESA DIRECTIVA
DE LA CÁMARA DE SENADORES
HONORABLE CONGRESO DE LA UNIÓN

Presente.

Distinguido Senador:

En cumplimiento con en el Artículo 214 fracción XIX de la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, mediante el cual se establece la obligación del Instituto de presentar al Congreso de la Unión, el informe sobre la situación financiera y actuarial de los servicios, prestaciones y seguros que el Instituto ofrece; me permito hacerle llegar el Informe Financiero y Actuarial 2013, con información al 31 de diciembre de 2012, a fin de que por su amable conducto se considere como presentado.

Dicho informe constituye un amplio diagnóstico sobre el estado que guarda el Instituto en materia financiera, de infraestructura y de servicios. Con ello se atiende un compromiso de transparencia y rendición de cuentas en relación al cumplimiento de los objetivos institucionales, la viabilidad futura, la eficiencia y calidad en los servicios que presta el Instituto.

Finalmente, cabe señalar que el Informe Financiero y Actuarial 2013 fue dictaminado por un Auditor Externo y aprobado por la H. Junta Directiva del ISSSTE, mediante el acuerdo número 15.1339.2013 de la sesión 1339, celebrada el 10 de junio del año en curso.

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

**ATENTAMENTE
EL DIRECTOR GENERAL**

LIC. SEBASTIÁN LERDO DE TEJADA C.

C.C.P. Lic. Felipe Solís Acero.- Subsecretario de Enlace Legislativo de la SEGOB.- Presente.
Dr. Ricardo Luis Antonio Godina Herrera.- Secretario General.- Presente.
Mtro. Luis Antonio Ramírez Pineda.- Director de Finanzas.- Presente

LARP

RECIBIDO
2013 JUN 28 PM 7 02

005312

MÉXICO

GOBIERNO DE LA REPÚBLICA



ISSSTE

INSTITUTO DE SEGURIDAD
Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS
TRABAJADORES DEL ESTADO

IFA

2013

INFORME
FINANCIERO
Y ACTUARIAL



Vertical text on the right edge, likely a page number or reference code, appearing as a series of small, repeating characters.

2013

INFORME FINANCIERO Y ACTUARIAL

Este Informe Financiero y Actuarial fue aprobado por la H. Junta Directiva mediante acuerdo 15.1339.2013 en su Sesión Extraordinaria celebrada el 10 de junio de 2013, para que conforme a lo establecido en el artículo 214, fracción XIX de la Ley del ISSSTE, se presente al Ejecutivo Federal, por conducto de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, y al Congreso de la Unión.

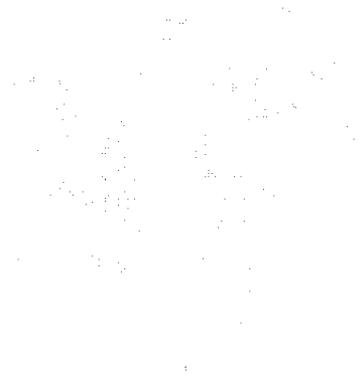


2013 INFORME FINANCIERO Y ACTUARIAL

Presentación	7
Introducción	11
Entorno demográfico, epidemiológico y económico	19
Situación financiera	35
Seguro de Salud	57
Seguros de Invalidez y Vida y Riesgos del Trabajo	83
Servicios Sociales y Culturales	99
Reservas	111
Estado que guardan las instalaciones y equipos del Instituto	121
Conclusiones	147
Anexos	155



PRESENTACIÓN



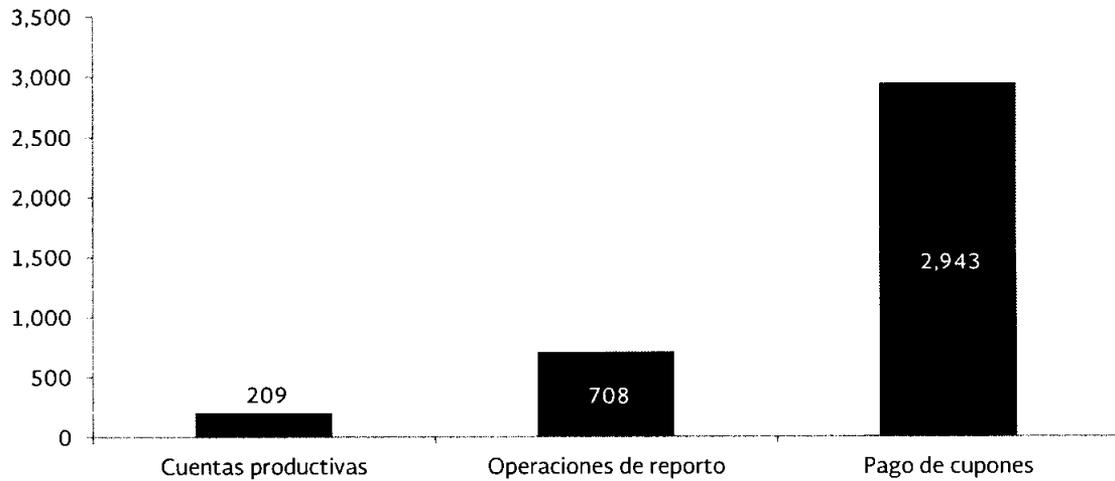
ISSSTE



Capítulo I

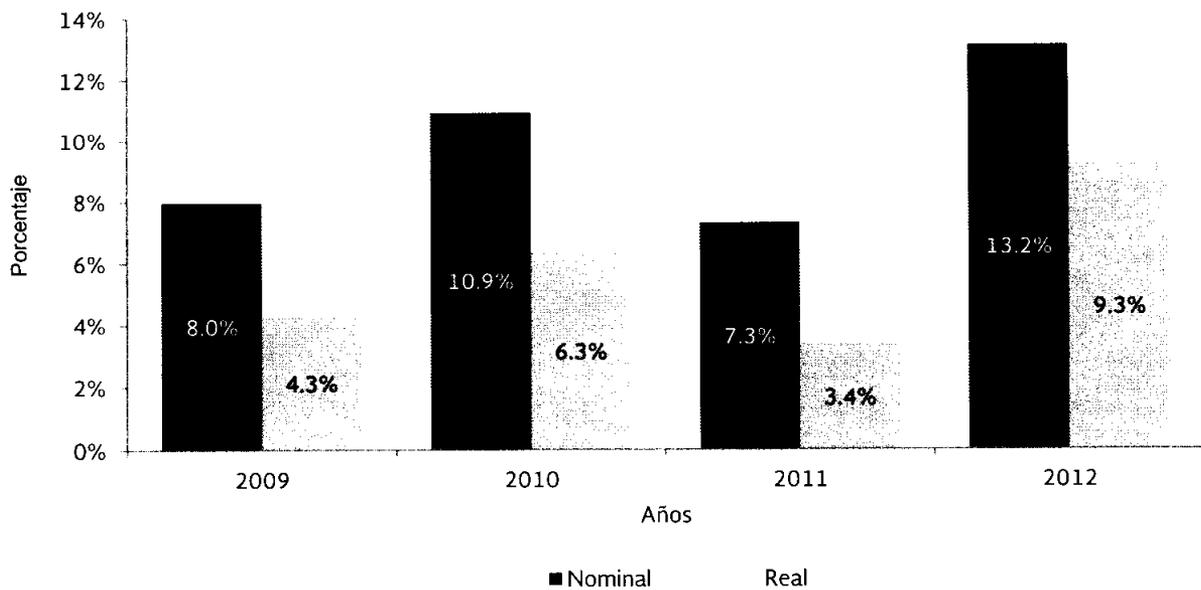
y la Reserva General Financiera y Actuarial del ISSSTE fue de 9.25% en 2012, con lo que se sitúa por encima de la tasa real compromiso de 2.5% establecida por la Junta Directiva, superando el objetivo. La Gráfica 11 presenta el desglose de los productos financieros y la Gráfica 12 el rendimiento de las reservas.

Gráfica 11. Productos financieros



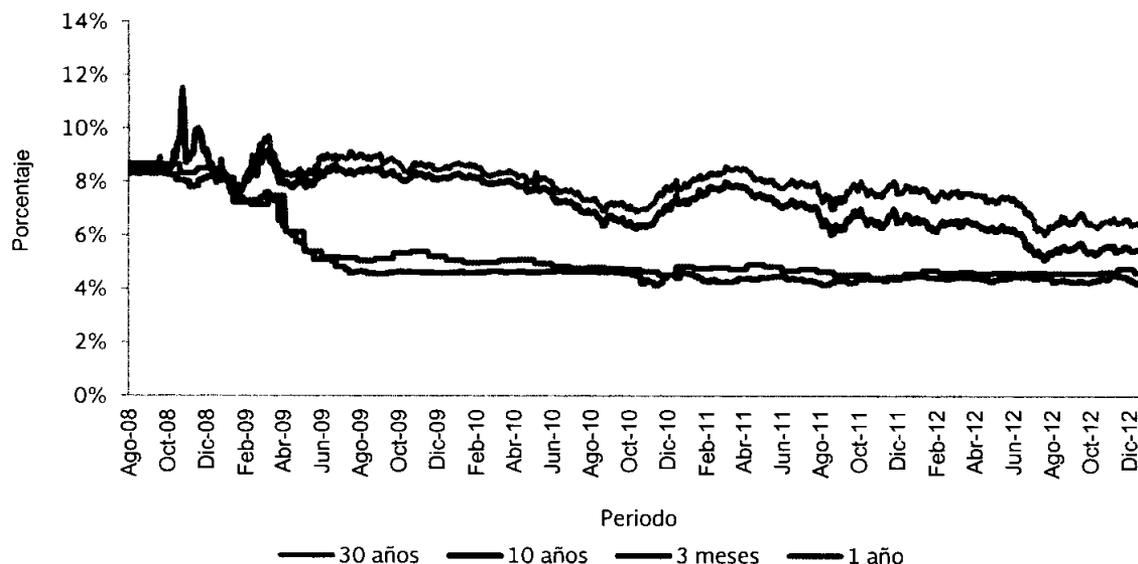
Fuente: Subdirección de Inversiones, ISSSTE.

Gráfica 12. Rendimiento de las reservas



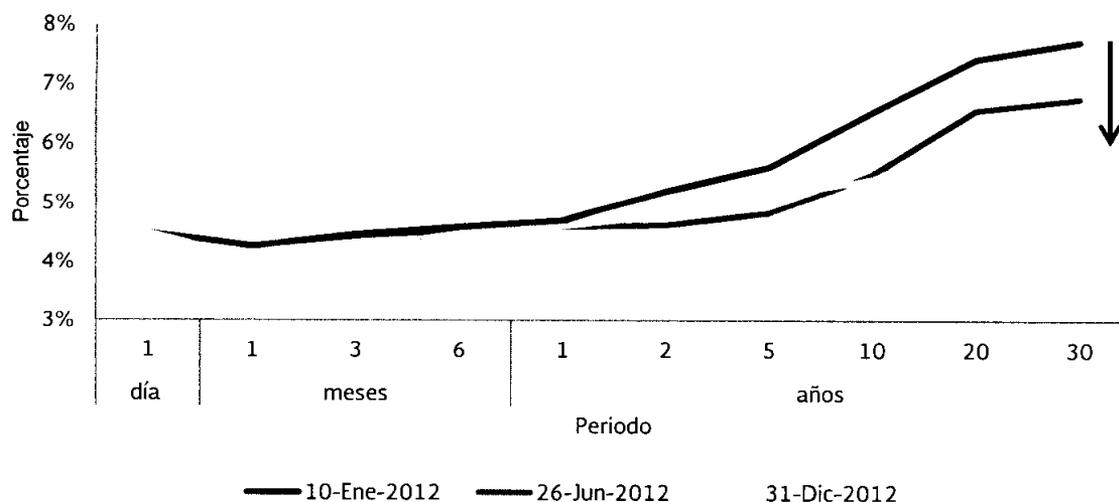
Fuente: Subdirección de Inversiones ISSSTE.

Gráfica 9. Tasas de interés de valores gubernamentales 2008-2012



Fuente: Subdirección de Inversiones, ISSSTE.

Gráfica 10. Curva de rendimientos 2012



Fuente: Subdirección de Inversiones, ISSSTE.

En este contexto y derivado de las inversiones realizadas durante 2012 el saldo de las reservas del Instituto a valor de mercado al 31 de diciembre 2012 ascendió a 62,279.12 mdp sin considerar la Reserva de Operación, lo que representó un incremento de 10.9%, respecto al cierre de 2011. Por su parte, el rendimiento real de los instrumentos invertidos en la Reserva Financiera y Actuarial, Reserva de Operación, Contingencia y Financiamiento

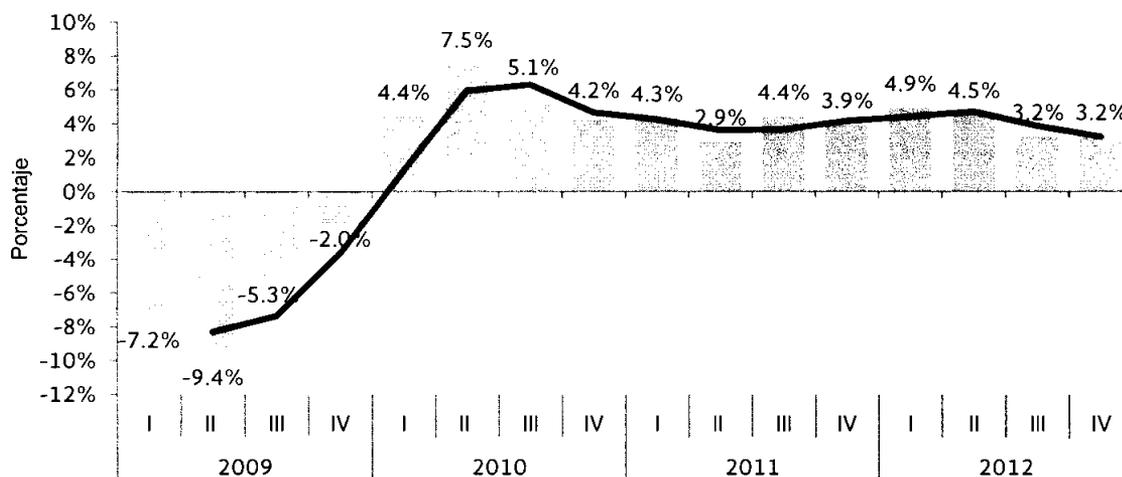
trabajadores continuó sin mostrar recuperación, b) los ingresos por remesas mostraron una tendencia negativa, c) el crédito al consumo continuó creciendo pero a menor ritmo hacia el cierre del año, d) la inversión mostró una notoria desaceleración en el segundo semestre de 2012 y e) la tasa de desocupación, pese a disminuir, se mostró en niveles superiores a los observados previo a la crisis.

En este contexto, la evolución de la demanda externa, así como del gasto interno condujeron a que, aun cuando el PIB haya mostrado una trayectoria positiva, se observara una desaceleración en la segunda mitad del año. Por su parte, los niveles históricamente bajos de las tasas de interés en economías avanzadas explican la expansión de la tenencia de activos financieros internos por parte de no residentes.

Respecto a la inflación a nivel nacional, en diciembre 2012, la inflación general anual se ubicó en 3.57%, comparado contra 3.82% observado el mismo mes del año previo. En particular, dentro de los componentes de la inflación, resulta determinante el precio de los medicamentos, debido a la evolución que ha mostrado en los últimos años. Dicho comportamiento se ha traducido en una fuerte presión inflacionaria con alto impacto en el presupuesto del ISSSTE. Durante el periodo comprendido entre 2006 y 2012, la tasa de crecimiento del precio de los medicamentos fue de 2.6% en promedio cada año, por encima de la correspondiente del Índice Nacional de Precios al Consumidor (INPC) de 2.1% en promedio cada año.

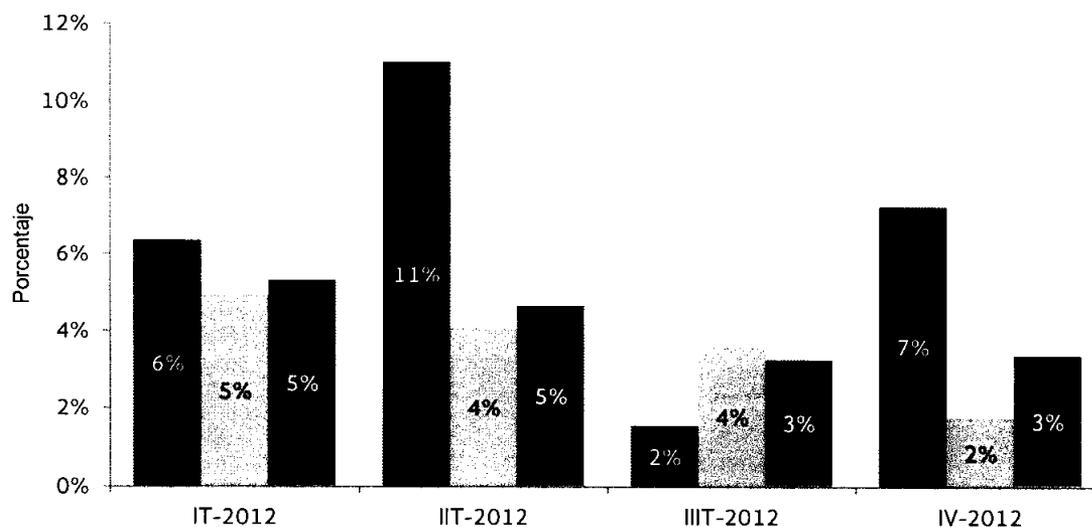
Ante esta situación, el Banco de México decidió mantener la Tasa de Interés Interbancaria (TIIE) a un día en 4.50%. En este sentido, las tasas de interés de largo plazo de bonos gubernamentales mostraron una clara tendencia a la baja. En particular, la tasa de interés del bono gubernamental a 10 años pasó de niveles cercanos a 6.4% en 2011 a 5.4% a finales de 2012. En consecuencia, la evolución de la curva de rendimientos se vio afectada por la disminución de las tasa de interés de largo plazo aplanando la curva de rendimientos. La Gráfica 9 muestra la evolución de las tasas de interés de los valores gubernamentales en los años recientes, mientras que la Gráfica 10 muestra el efecto de esa disminución sobre la curva de rendimientos.

Gráfica 7. México: PIB 2009-2012 (Var % anual)



Fuente: INEGI. Sistema de Cuentas Nacionales de México.

Gráfica 8. México: Actividad económica por sector, 2012 (Var % anual)



Fuente: INEGI. Sistema de Cuentas Nacionales de México.

Respecto a la demanda interna, cabe destacar que durante 2012 presentó una tendencia positiva. Si bien el consumo presentó un crecimiento estable, éste fue menor al observado el año previo. Lo anterior se debió principalmente a lo siguiente: a) el ingreso real de los

granos básicos, que presentó presiones a la alza en la segunda mitad del año por choques de oferta asociados a condiciones climáticas adversas.

Por su parte, los precios internacionales del petróleo se mantuvieron en niveles relativamente altos y con elevada volatilidad. Ante tal situación, la política monetaria de la mayoría de las economías avanzadas y emergentes fue acomodaticia, es decir, bajas tasas de interés y aumento de la oferta monetaria. Dentro de un contexto de tasas de interés cercanas a cero, bancos centrales de algunas economías avanzadas como la Reserva Federal de los Estados Unidos y el Banco Central Europeo adoptaron medidas no convencionales adicionales, como por ejemplo reducción en los requerimientos de reserva bancarios, préstamos para recapitalizar bancos, reducción en la calificación mínima de valores aceptados como colateral, entre otros; con objeto de apoyar la recuperación económica y el empleo.

Pese a la elevada volatilidad en los mercados internacionales, se observó una mejoría en los últimos meses de 2012, producto del mayor estímulo monetario en las principales economías avanzadas y los anuncios de política por parte de autoridades europeas. Lo anterior se reflejó en un repunte de los flujos de capital hacia mercados emergentes, de lo cual México se benefició, dadas las bajas tasas de interés a nivel internacional y la necesidad de los inversionistas por buscar mayores rendimientos.

En México, la actividad económica presentó un crecimiento anual de 3.9% en 2012, respecto a 2011. Durante los dos primeros trimestres de 2012, la actividad económica presentó un buen desempeño (4.9% y 4.5%, respectivamente), a pesar de la desaceleración de la economía global y la elevada volatilidad en los mercados financieros internacionales. No obstante, en el segundo semestre de 2012 disminuyeron las tasas de crecimiento de las exportaciones manufactureras, tanto automotrices como del resto de productos, derivado de la desaceleración económica global y la transmisión de este choque a algunos de los componentes de la demanda interna restaron dinamismo a la economía nacional. A continuación, la Gráfica 7 muestra la evolución trimestral del PIB de México entre 2009-2012 y la Gráfica 8 la actividad económica trimestral por sector para el año 2012.

Entorno económico

El comportamiento de las Reservas Financieras y Actuariales del Instituto se vio influenciado por las tasas de rendimiento que reflejan el desempeño de la actividad económica en México. Otro factor determinante que impactó de manera directa a las reservas fue la evolución del ingreso y gasto de cada seguro.

Al respecto, destacan las fuertes presiones de gasto que ha tenido que enfrentar el ISSSTE. En 2012, 67% de los ingresos y beneficios del Instituto provinieron de las cuotas y aportaciones. Sin embargo, durante el periodo 2001 – 2012, el crecimiento promedio real anual del salario base promedio con el que se calculan las cuotas y aportaciones fue tan sólo de 1.5% para cotizantes a pensiones y 2.1% para cotizantes a salud; mientras que el crecimiento promedio real anual de los gastos y costos, durante el mismo periodo fue de 5.0%.

Por lo anterior, este apartado tiene por objeto presentar de manera resumida el comportamiento de la economía tanto internacional como nacional, en medio de la cual se desempeñó el Instituto.

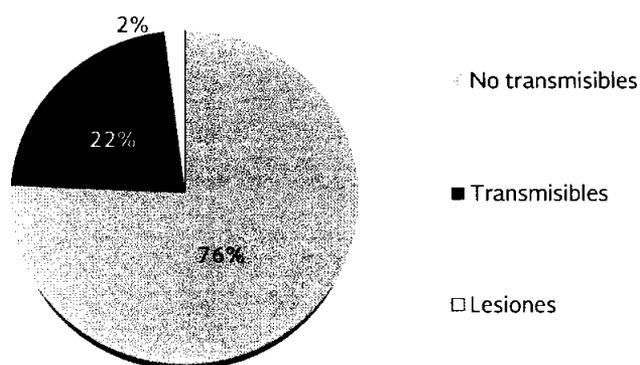
El crecimiento de la economía mundial fue de 3.2% en 2012, lo que significa una disminución de 0.8% respecto a lo observado el año anterior. Dicha desaceleración se debió principalmente a los siguientes factores: a) un proceso de desendeudamiento en economías avanzadas, b) problemas financieros y fiscales de la zona del euro que derivaron en una recesión en dicha zona y c) la incertidumbre sobre el ajuste fiscal para 2013 en Estados Unidos que provocó, entre otros factores, una disminución en el crecimiento del Producto Interno Bruto (PIB) respecto al año previo.

La desaceleración económica global contribuyó, por un lado, a un menor crecimiento del comercio internacional, afectando el crecimiento de economías emergentes que enfrentaron una menor demanda por exportaciones de las economías avanzadas. Por otro lado, provocó una reducción en la tasa de inflación en la mayoría de las economías. Los precios internacionales de la mayoría de las materias primas presentaron una elevada volatilidad así como una tendencia a la baja. La principal excepción fue el precio de los

Entre las causas más importantes de defunción se encuentran la diabetes tipo 2 y la insuficiencia renal crónica, que también es la segunda causa de egreso hospitalario. En contraste, las enfermedades transmisibles no figuran entre las primeras causas de muerte en los derechohabientes del ISSSTE, y representan 24% de los egresos hospitalarios.

En concordancia con la tendencia nacional, la mayoría de las defunciones registradas en el Instituto han ocurrido como consecuencias de enfermedades no transmisibles como se observa en la Gráfica 6.

Gráfica 6. Mortalidad por causa, ISSSTE, 2012



Fuente: Cálculos propios de la Subdirección de Aseguramiento de la Salud con base en los Anuarios Estadísticos del ISSSTE.

La transición epidemiológica ha significado un incremento sustancial en los gastos de salud para el ISSSTE. A modo de ejemplo, en 2009, el Instituto Nacional de Salud Pública estimó que el gasto para el año 2006 en diabetes tipo 2, enfermedades cardiovasculares y obesidad en el Instituto fue de 7,439 mdp, cifra equivalente a 35.2% del gasto en salud para ese año. Asimismo, se estima que durante 2012 el Instituto gastó 9,586 mdp en la atención a derechohabientes que padecen cinco tipos de enfermedades crónico-degenerativas: diabetes, enfermedades cardiovasculares, insuficiencia renal, hipertensión arterial y osteoartritis. Su costo total estimado equivale a 20% del gasto corriente del Seguro de Salud del ISSSTE, lo que las convierte en la principal carga financiera. Para el 2013, estos cinco padecimientos demandarán 5.8 millones de consultas y más de 59 mil egresos hospitalarios.

con 54%, de acuerdo a cifras de la base de datos 2012 de la Subdirección de Afiliación y Vigencia de Derechos.

Entorno epidemiológico

El envejecimiento de la población va de la mano de una transición epidemiológica. Ésta consiste en un desplazamiento entre la proporción de enfermedades transmisibles (infecciosas) y las enfermedades no transmisibles (crónico-degenerativas) que son más duraderas, e implican una atención médica especializada basada en tecnologías y medicamentos más costosos que se asocian a periodos de hospitalización más prolongados.

Los adultos mayores padecen de forma más severa las enfermedades crónicas y necesitan mayor atención y cuidados médicos. Esta transición y los avances en la vacunación universal han contribuido, por una parte, a la disminución de la mortalidad infantil y, por otra, a que las causas de defunción se concentren en rangos de edad más allá de 45 años.

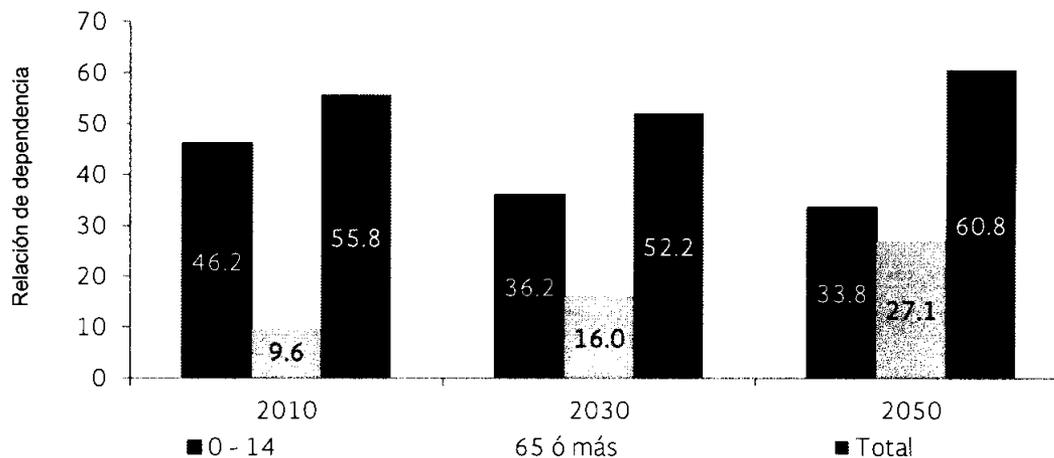
En México, las enfermedades crónico-degenerativas representan una demanda importante de consultas médicas y causas de defunción. De acuerdo con la ENSANUT 2012, 11.5% de las consultas médicas en el país corresponden al grupo de crónico-degenerativas, como diabetes y enfermedades cardiovasculares, sólo por debajo de las enfermedades respiratorias agudas que representan 36.5% de las consultas.

A nivel nacional, este tipo de enfermedades también integran las principales causas de defunción: enfermedades del corazón (17.8%), diabetes tipo 2 (14%) y tumores malignos (11.9%)⁵.

En los últimos años, el perfil epidemiológico de la población derechohabiente del Instituto ha cambiado de manera similar a lo sucedido a nivel nacional. Hoy, entre los afiliados del ISSSTE existe una mayor presencia de enfermedades de tipo crónico-degenerativo.

⁵ Cifras de 2010.

Gráfica 5. Evolución de la relación de dependencia por cada 100 personas en edad de trabajar 2010, 2030 y 2050



Fuente: Lockton México Agente de Seguros y de Fianzas S.A de. C.V con información de Proyecciones CONAPO.

En 2010, por cada 100 personas en edad de trabajar, existían 55.8 dependientes económicos; en 2030 se estima que existirán 52.25 y 60.8 en 2050.

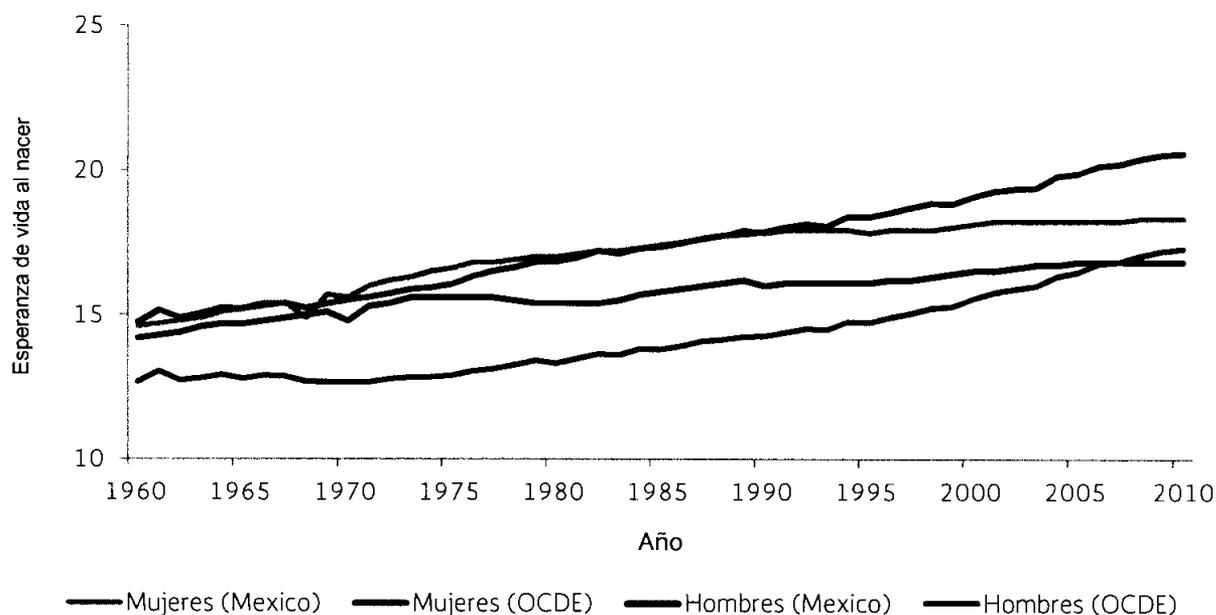
La composición de la dependencia económica muestra un cambio significativo durante estos años, mientras el segmento entre 0 y 14 años de edad se reduce de 46.2 en 2010 a 33.8 en 2050, el segmento de dependientes de 65 años o más crece de forma sostenida.

Cambios en la composición de género en la fuerza laboral

El incremento de las mujeres en la matrícula universitaria y en casi todos los campos laborales constituye otro cambio social relevante. De acuerdo al Censo Económico 2009 la participación de la mujer en el 2008 representó 40% de la fuerza laboral, indicador que duplica lo observado en 1980.

Un creciente número de mexicanas considera que su realización tiene que ver cada vez más con las actividades y expectativas laborales, profesionales y sociales. En cuanto a población derechohabiente y trabajadores afiliados en el ISSSTE, las mujeres participan

Gráfica 4. Esperanza de vida a los 65 años, 1960 – 2010



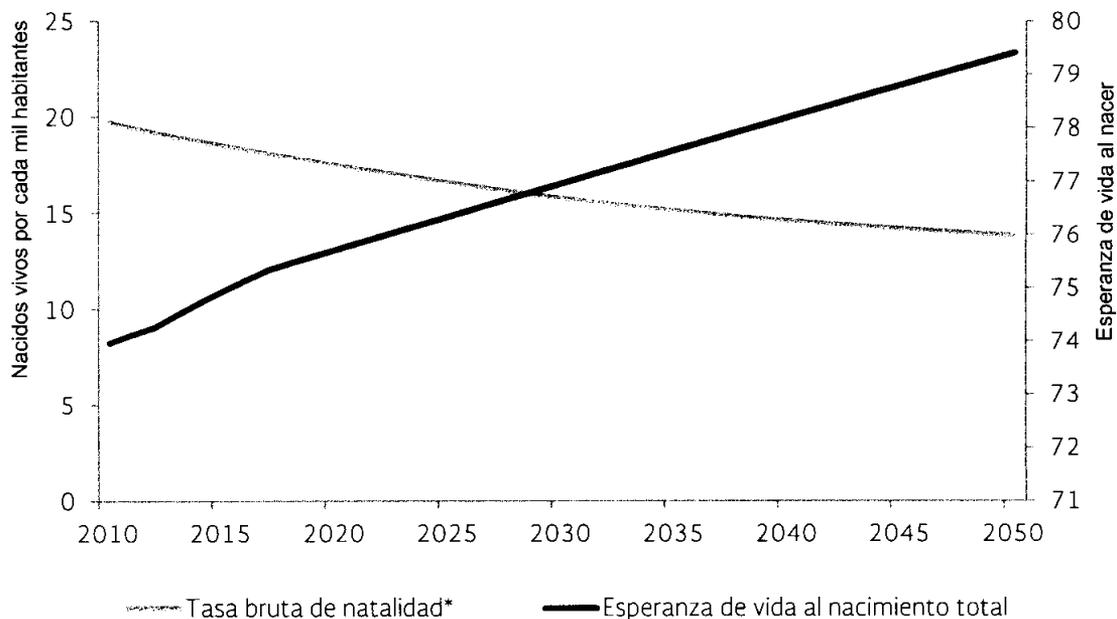
Fuente: Subdirección de Aseguramiento de la Salud, datos de la OCDE (<http://www.oecd.org/els/health-systems/oecdhealthdata2012-frequentlyrequesteddata.htm>).

El crecimiento en la esperanza de vida y la reducción de la tasa bruta de natalidad inciden en la relación de dependencia. Este último indicador mide la relación de la población económicamente inactiva debido a su edad: niños y ancianos, entre el número de personas en edad de trabajar⁴.

La Gráfica 5 muestra que, si bien la relación de dependencia se mantendrá relativamente estable en los próximos años, la composición de la población dependiente cambia notablemente, concentrándose en la población de 65 años o más.

⁴Total de población de 0 a 14 años más la población de 65 y más, dividido por el total de población de 15 a 64 años, multiplicado por 100.

Gráfica 3. Esperanza de vida al nacer y tasa bruta de natalidad 2010 – 2050



Fuente: Proyecciones de CONAPO. <http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Proyecciones>.

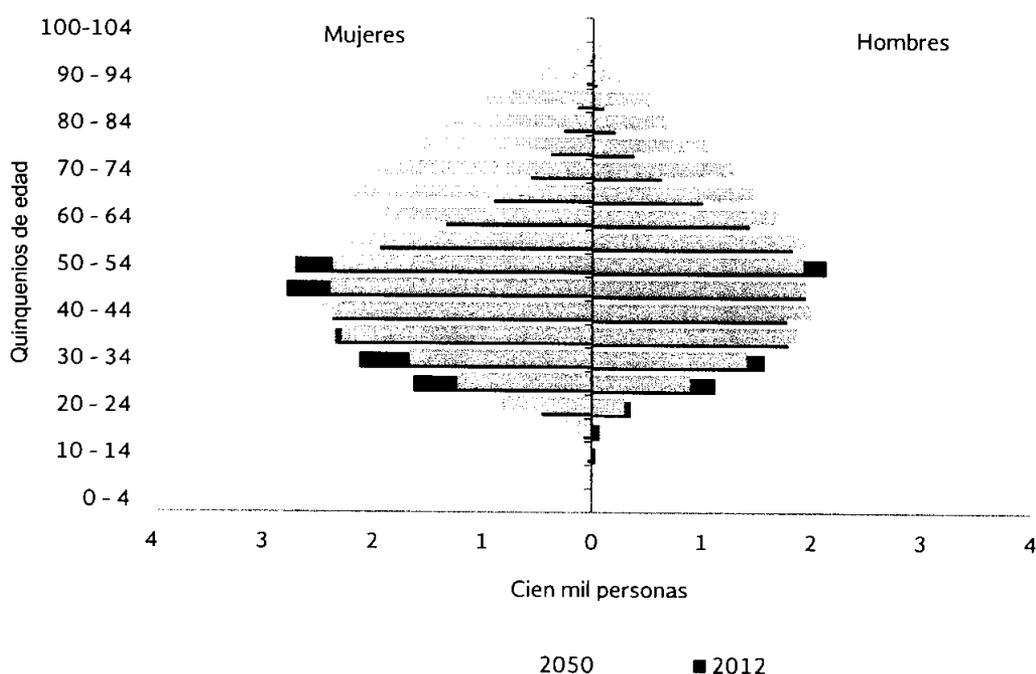
Por otro lado, la tasa bruta de natalidad se ha ido reduciendo y se pronostica que dicha tendencia se mantenga. En 2010 era de 19.7 nacimientos por cada mil habitantes y se prevé que se reduzca a 15.77 en 2030 y a 13.85 en 2050.

Un indicador particularmente relevante para el Instituto es la esperanza de vida de los mexicanos que alcanzan los 60 años, por su impacto en el crecimiento del gasto para salud y pensiones. La Gráfica 4 muestra las tendencias en la esperanza de vida que reporta la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE).

de derechohabientes del ISSSTE con 60 años o más representó 16.1%, cifra superior a la de otras instituciones nacionales de seguridad social.

En la Gráfica 2 se muestra la estructura poblacional de trabajadores y pensionados del ISSSTE por edad.

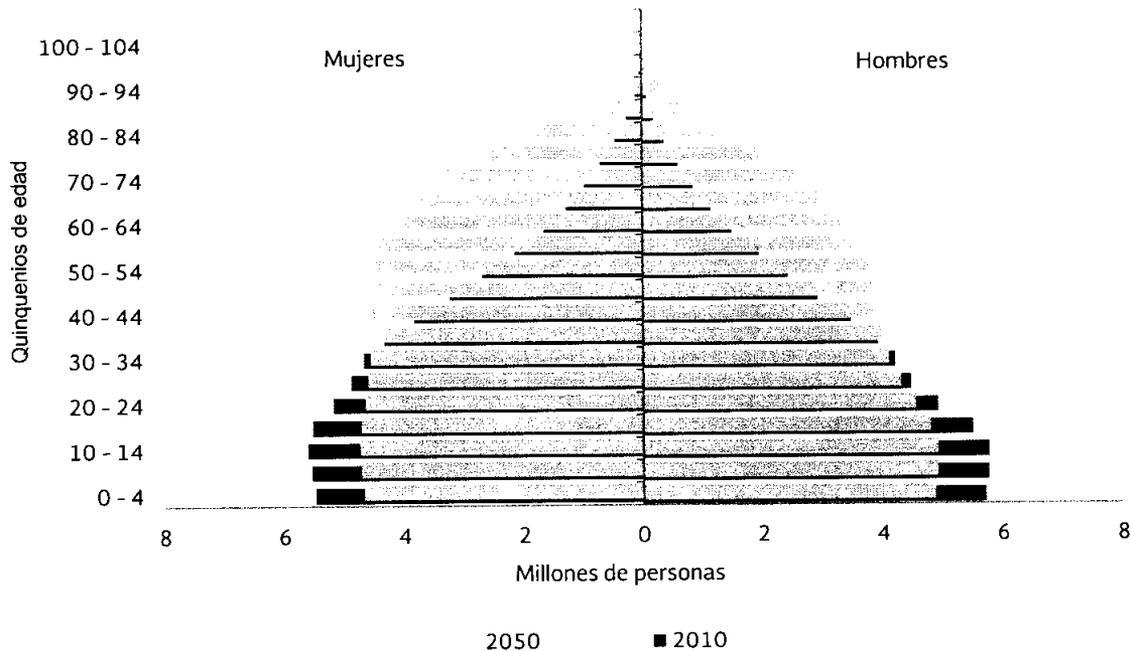
Gráfica 2. Estructura poblacional de trabajadores y pensionados del ISSSTE 2012 - 2050 (cien mil personas por género y quinquenios de edad)



Fuente: Subdirección de Afiliación y Vigencia de Derechos para el año 2012 y proyecciones actuariales para 2050.

Como se puede observar en la Gráfica 3, el envejecimiento de la población mexicana es resultado del incremento en la esperanza de vida y de la disminución de la tasa bruta de natalidad. Por un lado, la esperanza de vida al nacer se ha incrementado en los últimos años: pasó de 70.4 años en promedio en 1990 a 73.97 años en 2010 y se estima que en 2050 alcanzará los 79.41 años.

Gráfica 1. Estructura poblacional de México: 2010 y 2050 (millones de personas por género y quinquenios de edad)



Fuente: Proyecciones de CONAPO. <http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Proyecciones>

En 2010, la población menor de 15 años representaba 29.6% de la población mexicana, pero se estima que disminuirá a 21% en 2050.

La población de 15 a 64 años, que es la que se encuentra en edad de trabajar, muestra también una tendencia decreciente: en 2010 correspondía a 64.2% de la población y se estima que se reducirá a 62.2% en 2050. Esta contracción impactará las finanzas de las instituciones de seguridad social, pues reduce la masa de cotizantes.

2013

Por el contrario, el segmento de la población de 65 años o más, que representaba 6.2% de la población mexicana en 2010, aumentará de manera sostenida en las próximas décadas, llegando a 16.8% en 2050.

La dinámica poblacional del país se refleja en el perfil de la derechohabiencia del ISSSTE, formada por los trabajadores al servicio del Estado, pensionados y sus familiares. De acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2012, el porcentaje

Entorno demográfico, epidemiológico y económico

En este capítulo se analiza el entorno demográfico, epidemiológico y económico en el que se desarrolló la actividad del Instituto en 2012 y se realiza una previsión de las tendencias futuras que enfrentará el ISSSTE.

Entorno demográfico

Actualmente, los cambios demográficos constituyen uno de los desafíos más grandes para los sistemas de seguridad social. Una población que envejece demanda servicios más duraderos y costosos por el incremento en la esperanza de vida y la dependencia funcional de las personas en edad avanzada que requieren atención más especializada.

México no es ajeno a la transición demográfica: de acuerdo con el Consejo Nacional de Población (CONAPO), el número de adultos mayores en nuestro país crecerá de manera importante en los próximos 40 años, lo que generará una presión para las instituciones de seguridad social, en términos de administración y distribución de los recursos para hacer frente al nuevo perfil demográfico.

La Gráfica 1 muestra la evolución de la estructura poblacional en dos momentos: 2010 y 2050. En ella es clara la tendencia de que el único sector de población mexicana que crece es el de los adultos mayores.

2013

CAPÍTULO I

ENTORNO DEMOGRÁFICO, EPIDEMIOLOGICO Y ECONÓMICO



ISSSTE

El capítulo dedica apartados específicos al análisis del Estado de Actividades de SuperISSSTE y TurISSSTE, además muestra información sobre el sistema de Estancias para el Bienestar y Desarrollo Infantil (EBDIS) del Instituto.

El Capítulo VI está dedicado a las reservas del Instituto. En él se informa el saldo contable de las mismas y la composición de la cartera de inversión al 31 de diciembre de 2012.

Al cierre de 2012, el saldo contable de las Reservas Financieras y Actuariales (RFA) del Instituto fue de 56,575.06 mdp. Asimismo, se destaca que, por segundo año consecutivo, el ISSSTE no logró reservar, al 100%, los montos teóricos señalados en el Programa Anual de Administración y Constitución de Reservas 2012 (PAACR), debido a las fuertes presiones de gasto.

El tema que aborda el Capítulo VII es el estado que guardan las instalaciones y equipos del Instituto al 31 de diciembre de 2012. En él se realiza una descripción de las condiciones en que se halla la infraestructura del Instituto, destacando por su importancia las instalaciones y equipos dedicados a la atención médica.

En este capítulo se abordan los programas implementados por el Instituto para el fortalecimiento de su infraestructura y equipamiento, tales como el “Programa Operativo Anual 2012 de Equipamiento Médico Administrativo”, el “Programa de Inversión en Conservación y Mantenimiento del Equipo Médico y no Médico a Nivel Central” y el “Programa de Obras 2007-2012”.

Finalmente, se presenta un apartado con las Conclusiones que se extraen de este IFA 2013 del ISSSTE, y los Anexos que contienen información adicional para la comprensión del Informe.

Entre los principales riesgos que afectan las finanzas de este seguro destaca, en primer lugar, la tendencia de crecimiento sostenido del gasto en salud observada en los últimos años. En segundo lugar, el caso particular de los costos de las nuevas tecnologías que explica en buena medida el rápido crecimiento del gasto en salud a nivel mundial. Por último, se señalan los altos costos que genera al ISSSTE un grupo de cinco enfermedades crónico-degenerativas, que en 2012 significaron alrededor de 20% del gasto corriente del Seguro de Salud.

El Capítulo IV considera los seguros de Invalidez y Vida y Riesgos del Trabajo. Estos dos seguros tienen como objeto proteger el ingreso de los trabajadores y sus familias en caso de accidentes, enfermedades o incluso su muerte. El primero cubre los incidentes ajenos al trabajo y el segundo las eventualidades que ocurran con motivo del ejercicio del trabajo del asegurado.

En este capítulo se realiza un análisis del Estado de Resultados (Estado de Actividades) de cada uno de los seguros como puntos de partida de las proyecciones financieras y actuariales. Se estima que, para el Seguro de Riesgos del Trabajo, las aportaciones de Ley son suficientes para mantener el equilibrio a 100 años, sin requerir de la aplicación de las reservas acumuladas. Por el lado del Seguro de Invalidez y Vida, se estima que las cuotas y aportaciones asignadas para financiar este seguro cubren sus gastos por cinco años (2013-2017), sin hacer uso de la reserva, lo que constituye una alerta para las finanzas del Instituto.

En lo que se refiere a los riesgos, para ambos seguros, la disminución de las tasas de referencia constituye un foco rojo para su solvencia.

El Capítulo V se centra en los Servicios Sociales y Culturales que otorga el ISSSTE a sus derechohabientes. Del análisis se desprende que, durante 2012, los ingresos de los Servicios Sociales y Culturales del ISSSTE fueron insuficientes para cubrir sus gastos, es decir, fueron deficitarios por 2,106 millones de pesos (mdp). Esta tendencia deficitaria se ha observado históricamente, y de acuerdo con las proyecciones financieras realizadas en el marco de este Informe, se espera que esta tendencia se mantenga.

fondos, por lo que el superávit registrado en préstamos personales y PensionISSSTE no financia el déficit de los demás.

En este capítulo también se presenta la situación de los pasivos laborales del ISSSTE en su calidad de patrón, que al 31 de enero de 2012 ascendían a 6,035 mdp y de los pasivos contingentes de otra índole, que podrían comprometer el gasto del Instituto por más de un ejercicio fiscal.

Finalmente, en este capítulo se analizan diversos aspectos relevantes de la operación del Instituto que podrían tener implicaciones financieras en el futuro. El Informe dedica especial atención a uno de estos hechos: la devolución de 19,769 mdp al Gobierno Federal por las cuotas y aportaciones de los seguros de Invalidez y Vida y Riesgos del Trabajo de los trabajadores bajo el régimen previsto en el Artículo Décimo Transitorio de la Ley del ISSSTE³ Lo anterior en términos del convenio entre la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP) y la Dirección de Finanzas del Instituto, celebrado el 26 de noviembre de 2012.

Por su parte, el Capítulo III se refiere al Seguro de Salud del ISSSTE, por medio del cual el Instituto ofrece a sus derechohabientes atención médica preventiva, curativa, de rehabilitación y de maternidad. Por el volumen de recursos que ejerce y los objetivos que persigue, este seguro representa la prestación con mayor demanda por parte de la derechohabencia.

En este capítulo se analiza la situación financiera del seguro, el cual ha operado con déficit desde el año 2008. Acorde con esta tendencia, las proyecciones financieras y actuariales del seguro arrojan como resultado que las cuotas y aportaciones asignadas para su financiamiento por Ley son insuficientes para cubrir los gastos esperados desde el año 2013. Se estima que el nivel de cuotas y aportaciones necesarias para equilibrar los gastos actuales y futuros en un periodo de 20 años son de 17.93% del sueldo básico de los trabajadores incluyendo la cuota social.

³El régimen del Artículo Décimo Transitorio de la Ley se refiere a los trabajadores que no optaron la acreditación de bonos de pensión del ISSSTE y se acogieron al régimen de reparto con modificaciones graduales en los requisitos de edad para acceder a una pensión.

Introducción

En el Capítulo I se analiza el entorno demográfico, epidemiológico y económico en el que se desarrolló la actividad del Instituto en 2012 y presenta la proyección de las tendencias futuras que enfrentará el ISSSTE en esta materia.

El análisis destaca la dinámica poblacional de la derechohabiente del ISSSTE, caracterizada por un envejecimiento sostenido.

Otro elemento de especial relevancia es la transición epidemiológica asociada al envejecimiento, con la que adquieren mayor presencia enfermedades crónico-degenerativas, como la insuficiencia renal o la diabetes, que se traducen en pacientes con cuadros más complejos, necesitados de atención especializada y costosa. Esta transición epidemiológica alerta sobre la necesidad de fortalecer los programas enfocados en la medicina preventiva del Instituto.

Por otro lado, en lo económico se señalan algunos factores que han afectado las finanzas del Instituto, como el incremento en los precios de los medicamentos, el estancamiento del salario nacional y la tendencia a la baja de las tasas de interés observada en 2012.

El Capítulo II del Informe ofrece un reporte sobre la situación financiera del ISSSTE al cierre del ejercicio 2012. Los Estados Financieros proporcionan la información integrada sobre el estado que guarda la situación financiera del ISSSTE Asegurador² y de sus órganos administrativos desconcentrados, los resultados de las operaciones, las variaciones en el patrimonio y los flujos de efectivo correspondientes a un ejercicio fiscal.

En ellos destaca que, aunque la relación entre ingresos y gastos del Instituto presenta un superávit de 5,741 mdp en 2012, un estudio más pormenorizado muestra numerosos desequilibrios financieros dentro del ISSSTE. A modo de ejemplo, se puede señalar que diversos seguros y coberturas del Instituto son deficitarios y que este déficit fue solventado por transferencias gubernamentales por 15,765 mdp en el mismo año. Igualmente, la Ley establece que no es posible realizar transferencia de recursos entre

²Es la estructura administrativa del Instituto que opera directamente sin la intermediación de sus órganos administrativos desconcentrados.

Introducción

El Informe Financiero y Actuarial 2013 (IFA 2013), que se presenta al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión, en cumplimiento al Artículo 214, Fracción XIX, de la Ley del ISSSTE (Ley), refleja la situación financiera de los seguros y coberturas que administra el Instituto al 31 de diciembre de 2012.

En general, este Informe presenta los hallazgos institucionales, subraya los riesgos que podrían afectar la operación del ISSSTE, así como las contingencias y pasivos existentes en cada uno de los seguros que administra el Instituto y su capacidad financiera para responder a tales escenarios, a partir de los ingresos y reservas disponibles. Asimismo, considera estimaciones sobre posibles modificaciones a las cuotas y aportaciones para garantizar la viabilidad financiera del Instituto.

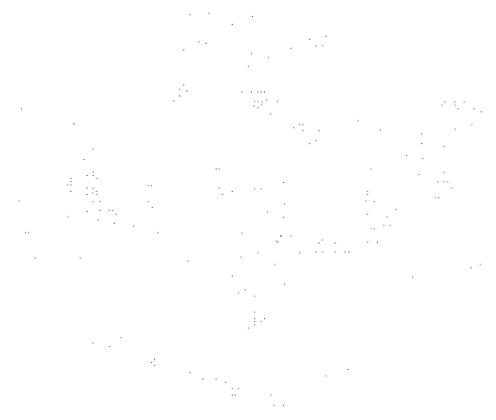
Cabe señalar que las estimaciones actuariales no consideran a los trabajadores pertenecientes al régimen del Artículo Décimo Transitorio de la Ley del ISSSTE, debido a que sus pensiones corren con cargo al Gobierno Federal. De igual forma, para el Seguro de Retiro, Cesantía en Edad Avanzada y Vejez (RCV) del régimen de cuentas individuales no se realiza un análisis de la evolución futura, en virtud de que dicho seguro no representa una carga financiera para el Instituto, ya que los beneficios que éste otorga corren con cargo a los recursos acumulados en la cuenta individual del trabajador o en su defecto, al Gobierno Federal por concepto de pensiones garantizadas.

El IFA 2013 fue dictaminado por el auditor externo PricewaterhouseCoopers S.C.¹ La estructura de sus capítulos se describe a continuación:

¹En el presente documento se incluye la "Carta dictamen del Informe Financiero y Actuarial, al 31 de diciembre del 2012", remitida por el auditor externo PricewaterhouseCoopers S.C.



INTRODUCCIÓN



ISSSTE



Presentación

El compromiso de esta administración es contribuir a alcanzar un México incluyente y próspero para el siglo XXI y, en apoyo al proyecto del gobierno eficaz, centrar nuestros esfuerzos en otorgar los servicios médicos, sociales y culturales que ofrece el ISSSTE, con la calidad y la calidez que merecen y esperan obtener nuestros afiliados.

Lic. Sebastián Lerdo de Tejada

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

2013

Presentación

El Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) es una pieza fundamental del sistema de bienestar social de nuestro país, establecido por el Artículo 123 de la Constitución General de la República. Actualmente, el Instituto ofrece servicios y prestaciones a 12.4 millones de mexicanos.

Este Informe Financiero y Actuarial muestra las finanzas del ISSSTE al 31 de diciembre de 2012 y establece un diagnóstico de la situación financiera al momento en que la nueva administración asumió la dirección del Instituto, por lo que constituye un punto de partida para la toma de decisiones inmediatas y la planeación institucional.

En el Informe se incluyen los resultados de los Estados Financieros 2012, que engloban la situación financiera del ISSSTE y de los órganos administrativos desconcentrados SuperISSSTE, FovISSSTE, TurISSSTE y PensionISSSTE. Es necesario enfatizar que la situación financiera global no refleja la realidad que encara el ISSSTE en su actividad cotidiana como Instituto, ya que enfrenta desequilibrios en la estructura de ingresos y gastos de algunos de los seguros y prestaciones que administra, en particular el Seguro de Salud. En este sentido, el Informe refleja una realidad de suficiencia económica limitada y de viabilidad financiera comprometida a largo plazo.

Con la publicación del IFA 2013, no sólo cumplimos con una obligación de transparencia y rendición de cuentas en materia financiera, sino que estamos ratificando el compromiso de esta administración con los derechohabientes del ISSSTE, a fin de encontrar esquemas que permitan garantizar la calidad y oportunidad en el otorgamiento de los beneficios que el Instituto brinda por Ley. En particular, es imprescindible brindar la atención que merecen los adultos mayores, quienes integran una parte cada vez más importante de nuestra derechohabiencia.

CAPÍTULO II

SITUACIÓN FINANCIERA



ISSSTE

Situación financiera

En este capítulo se presentan los Estados Financieros 2012, los cuales brindan una visión conjunta de la situación financiera del Instituto al cierre de 2012, es decir, ofrecen un resultado agregado de las finanzas del ISSSTE Asegurador y los órganos administrativos desconcentrados: PensionISSSTE, FoviSSSTE y SuperISSSTE⁶.

Cabe señalar que, a partir del 1 de enero de 2012, el ISSSTE ha armonizado los registros contables en su Plan de Cuentas y la estructura de sus Estados Financieros, con base en el Manual de Contabilidad Gubernamental emitido por el Consejo Nacional de Armonización Contable (CONAC). Para cumplir con dicho manual, se cambió la denominación de “Balance General” y de “Estado de Resultados” por “Estado de Situación Financiera” y “Estado de Actividades”, respectivamente.

Si bien el estado financiero conjunto reflejó un adecuado balance de ingreso y gasto y un superávit de 5,741 mdp, un análisis minucioso en cada uno de los nueve fondos del Instituto⁷ revela que ese resultado sólo se explica con los 15,765 mdp recibidos como transferencias gubernamentales, que solventaron el déficit verificado en cuatro de los nueve fondos.

Este apartado realiza un análisis del Estado de Actividades para cada uno de los nueve fondos del ISSSTE y uno de forma conjunta y, posteriormente se aborda el Estado de Situación Financiera 2012, el cual contiene el monto de los activos y pasivos del Instituto.

Finalmente, se menciona la situación de los pasivos labores y pasivos contingentes, así como otros elementos en la operación del Instituto que pueden tener implicaciones financieras de importancia.

⁶TuriSSSTE se incluye en las cifras de ISSSTE Asegurador en el fondo de Prestaciones Sociales y Culturales.

⁷Los nueve Fondos son Seguro de Salud, Invalidez y Vida, Prestaciones Sociales y Culturales, Riesgos del Trabajo, Retiro, Cesantía en Edad Avanzada y Vejez, Préstamos Personales, Préstamos Hipotecarios y FoviSSSTE, PensionISSSTE y Administración.

Capítulo II

Los Estados Financieros tienen por objeto proveer información sobre el estado de la situación financiera, los resultados de la totalidad de las operaciones cuantificables en términos monetarios, las variaciones en el patrimonio y en los flujos de efectivo del Instituto para el ejercicio 2012, con el fin evaluar la gestión de la administración y facilitar la toma de decisiones.

Estado de actividades por fondos

Los ingresos y gastos de cada seguro, prestación y servicio del ISSSTE se registran contablemente por separado, dando lugar al Estado de Actividades por fondos, que se presenta en la Tabla 1.

2013

Denominación	Subsidio	Invalidez y Vida	Prat. Soc. y Cot.	Riesgos del Trabajo	RCV	Affiliados Patronales	Prestos de FOMSA	Pensión Básica	Administración	Total
Depreciaciones	739	94	115	47	958					1,953
Otros gastos 2/	241	251	2,331	639	3,897	40	0	6		7,404
Gastos por reservas	750	2,540	98	1,495						4,883
Reservas Financieras y Actuariales	652	169		99						920
Reserva de oper. Para contin. y financ.	98	2,371	98	1,396						3,963
Total Gastos	49,488	3,356	8,209	2,416	22,846	61	709	453	1,623	89,161
Total Costo y Gastos	49,488	3,356	14,199	2,416	22,846	61	709	453	1,623	95,151
Resultado de Operación	(2,471)	76	(2,106)	(262)	(9,487)	2,820	0	1,471	(65)	(10,024)
Subsidios y transferencias 3/									15,765	15,765
Remanente del ejercicio	(2,471)	76	(2,106)	(262)	(9,487)	2,820	0	1,471	15,700	5,741

Fuente: Subdirección de Contaduría 2012, ISSSTE.

Notas: 1/ Las cuotas y aportaciones, así como los gastos incluyen el régimen del artículo décimo transitorio y cuentas individuales.

2/ Por los seguros de invalidez y vida y riesgos del trabajo incluye el impacto por única vez por el reconocimiento del pasivo del Artículo Décimo Noveno Transitorio de la Ley del ISSSTE.

3/ Las transferencias del Gobierno Federal que se registran en administración cubrirán el déficit de los seguros una vez identificados los gastos de operación de conformidad con el Artículo 231 de la Ley del ISSSTE.

Como se puede observar en la Tabla 1, el Seguro de Salud del ISSSTE presenta un déficit de 2,471 mdp. Esto es resultado de ingresos por 46, 759 mdp que resultan insuficientes, aun tomando en cuenta la cuota social del Gobierno Federal por 12,368 mdp, para cubrir un gasto corriente de 47,759 mdp.

En lo referente al Seguro de Retiro, Cesantía en Edad Avanzada y Vejez, se registran ingresos por cuotas y aportaciones de 13,102 mdp, mismos que son transferidos al Gobierno Federal por disposición de la Ley del ISSSTE. Por el lado del gasto, sobre este fondo recae 49.05% de los costos comunes (gastos que no están asociados directamente a un solo seguro, prestación o servicio) del Instituto, lo que deriva en un resultado deficitario de 9,487 mdp⁸.

El Fondo de Prestaciones Sociales y Culturales también resulta deficitario en 2012. Su déficit de 2,106 mdp es atribuible, principalmente, a la insuficiencia que presentan los ingresos por cuotas y aportaciones por 3,396 mdp y al monto de su gasto corriente que ascendió a 5,666 mdp.

El Seguro de Riesgos del Trabajo cerró el ejercicio 2012 con un déficit de 262 mdp, que se explica por la constitución de reservas por 1,495 mdp⁹. El monto de las reservas constituidas fue de tal magnitud, debido a que se incluyen las cuotas y aportaciones comprometidas para su devolución al Gobierno Federal por disposiciones de Ley y dar cumplimiento al calendario contenido en el convenio firmado con la SHCP.

El déficit de operación del Instituto, derivado en buena medida de los saldos de estos tres fondos, fue saldado por los 15,765 mdp que el Presupuesto de Egresos de la Federación para el ejercicio 2012 asignó como transferencias no pensionarias al ISSSTE.

Los fondos que resultaron positivos al final de 2012 fueron los referentes a Préstamos Personales y Pensiones ISSSTE, con superávit de 2,820 mdp y 1,471 mdp, respectivamente.

⁸ Esta distribución de los costos comunes, que presiona especialmente al fondo asociado a RCV, fue resultado del comportamiento del gasto que se tuvo en el primer año de vigencia de la Ley del ISSSTE y se vio influida por los costos de la elección de régimen pensionario. El costo de administración de las pensiones de los trabajadores que opten por el esquema establecido en el artículo décimo transitorio está a cargo del Gobierno Federal, por lo que el déficit generado por la aplicación del porcentaje ha sido cubierto con transferencias de la SHCP.

⁹ El incremento de las reservas, de conformidad con el artículo 233 de la Ley del ISSSTE, afecta el gasto devengado del año en que se realiza la aportación al fondo que las respalda.

Es importante señalar que ese remanente lo conforman cantidades comprometidas en su flujo de efectivo con la prestación que les da origen, es decir, que por Ley no se pueden utilizar de otra manera: en el caso del fondo para Préstamos Personales, sus rendimientos se aplican a la revolvencia del mismo. El remanente de operación de PensionISSSTE, por otra parte, debe reinvertirse en las cuentas individuales de los trabajadores.

Estado de actividades consolidado

El Estado de Actividades Consolidado muestra una relación resumida de los ingresos, gastos y otras pérdidas del Instituto durante el ejercicio 2012, cuya diferencia positiva o negativa determina la existencia o no de ahorro para el ejercicio fiscal. De manera general, el Estado de Actividades Consolidado de 2012 muestra una relativa inercia. Es decir, los montos totales de gastos e ingresos del Instituto mostraron poca variación en relación al año anterior.

Los ingresos del año, sin considerar las transferencias del Gobierno Federal, ascendieron a 85,126.5 mdp. Éstos no mostraron una variación significativa respecto a 2011, a pesar del crecimiento inercial de las cuotas y aportaciones de seguridad social, la disminución de los ingresos por venta de bienes observados en SuperISSSTE y la disminución de intereses generados por los recursos del Gobierno Federal que, a partir del 2012, se pagan mensualmente a la SHCP.

Los ingresos del ISSSTE por transferencias del Gobierno Federal se incrementaron en 18.56%, al pasar de 13,297.3 mdp en 2011 a 15,765.3 mdp en 2012. Por otra parte, el total de gastos representó un importe de 95,151 mdp. Con respecto al año anterior, esto significó un incremento de 1,222.4 mdp que se puede considerar inercial.

2013

Estado de situación financiera consolidado

Al cierre de 2012, los activos del Instituto (efectivo, bienes y derechos) ascendieron a 154,766.2 mdp, un monto 6% mayor al de 2011. Si bien hubo una fuerte disminución del importe de las cuentas en banco por el pago del adeudo con SHCP, este efecto fue contrarrestado por el incremento en los productos generados por las inversiones a corto y

largo plazo y por el aumento en los préstamos personales (que incrementó el importe de las cuentas por cobrar).

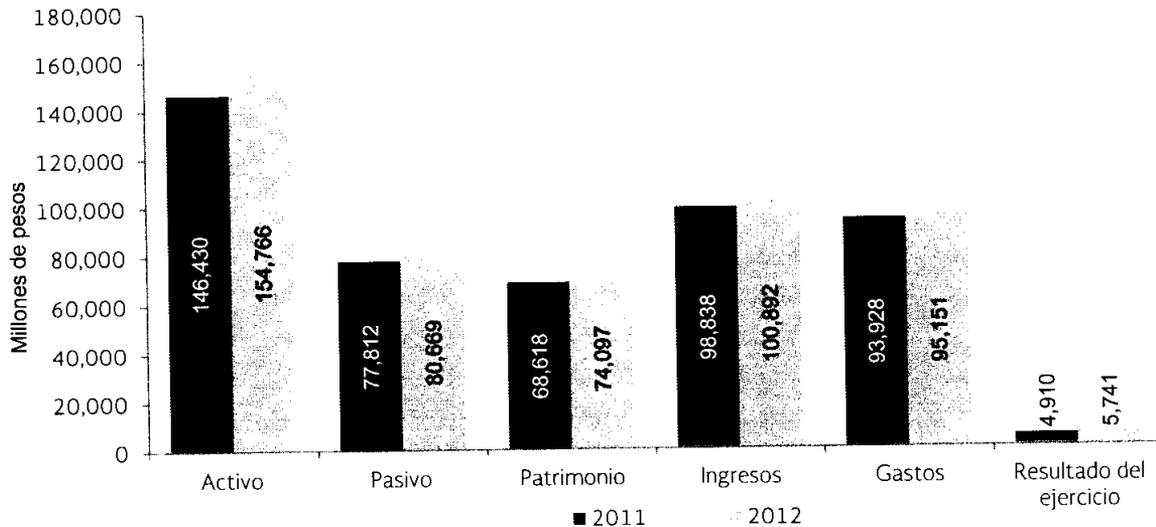
Por su parte, los pasivos totales del Instituto representaron 80,669.5 mdp en 2012, es decir, 52.12% del total de los activos del ISSSTE. Este saldo significó un aumento de 2,856.9 mdp, que equivale a 4% respecto al año anterior. Las deudas del Instituto se encuentran constituidas por:

- 55,216.1 mdp a favor de los trabajadores por la constitución de las reservas de Ley.
- 12,592.4 mdp a favor del Gobierno Federal para cubrir a la SHCP la devolución de cuotas y aportaciones de los trabajadores que eligieron el régimen del Décimo Transitorio de la Ley; el préstamo recibido para el fortalecimiento del fondo de Préstamos Personales; y la devolución de recursos recibidos en exceso para el pago de pensiones en curso.
- 10,836.2 mdp de proveedores, contratistas y retenciones a favor de terceros.
- 2,024.8 mdp por otras deudas a cargo de los órganos administrativos desconcentrados, otros deudores por pagar y provisiones a corto plazo.

Este balance general arroja como resultado que el patrimonio del Instituto aumentó 5,478.9 mdp respecto al ejercicio anterior, llegando a una cifra de 74,096.7 mdp.

La Gráfica 13 muestra el comparativo entre 2011 y 2012 de los diferentes conceptos mencionados en los Estados de Situación Financiera. Puede apreciarse que los Estados Financieros dictaminados presentan razonablemente la situación financiera del ISSSTE y sus órganos desconcentrados y que el análisis financiero muestra aparentemente una situación positiva. Sin embargo, como se ha manifestado con anterioridad, un estudio más pormenorizado revela desequilibrios importantes en cada uno de los fondos.

Gráfica 13. Estado de Situación Financiera, comparativo 2011-2012 una vez realizadas las transferencias del Gobierno Federal (millones de pesos)



Fuente: Subdirección de Contaduría, ISSSTE.

Situación de los pasivos laborales del ISSSTE en su calidad de patrón

La Ley del ISSSTE establece que se debe informar sobre la situación de los pasivos laborales y de cualquier otra índole que comprometan el gasto del Instituto por más de un ejercicio fiscal.

El pasivo laboral representa las obligaciones derivadas de las prestaciones establecidas en la Ley Federal del Trabajo y las Condiciones Generales de Trabajo que tiene el Instituto con sus trabajadores en su calidad de patrón. Con base en lo anterior, la Tabla 2 presenta los beneficios considerados en la valuación de los pasivos laborales:

Tabla 2. Beneficios considerados en la valuación de pasivos laborales

Beneficio	Descripción
Prima de antigüedad	Con base en lo dispuesto en el Artículo 162 de la Ley Federal del Trabajo, que se refiere al importe y condiciones de pago de la prima.
Indemnizaciones por despido	De acuerdo al Artículo 50 de la Ley Federal del Trabajo.

Beneficios	Descripción
Pago de gastos por defunción del trabajador (Art. 87, Fracción XI, de las Condiciones Generales de Trabajo)	Pago de gastos por defunción del trabajador, a los deudos o a la persona que acredite haber pagado los gastos funerarios, por un monto de cuatro meses del total de percepciones que devengaba el trabajador fallecido, incluyendo la parte proporcional del aguinaldo a que tuviere derecho, en un término no mayor de tres días después de haber presentado la documentación respectiva. Si el pago de los gastos de defunción los efectúa una persona que no sea familiar del trabajador fallecido y éstos resulten inferiores a los cuatro meses del total de percepciones, incluyendo la parte proporcional del aguinaldo, la diferencia se entregará a los deudos de dicho trabajador.
Bonos por reconocimiento de antigüedad (Art. 87, fracción VI, de las Condiciones Generales de Trabajo)	El día 1 de octubre, como estímulo de aniversario, el Instituto otorga a sus trabajadores premios por antigüedad: diploma, moneda de oro o su equivalente a la cotización del primer día hábil de septiembre del año en que el trabajador se haga acreedor ha dicho estímulo e incentivo, como lo marcan las Condiciones Generales de Trabajo.

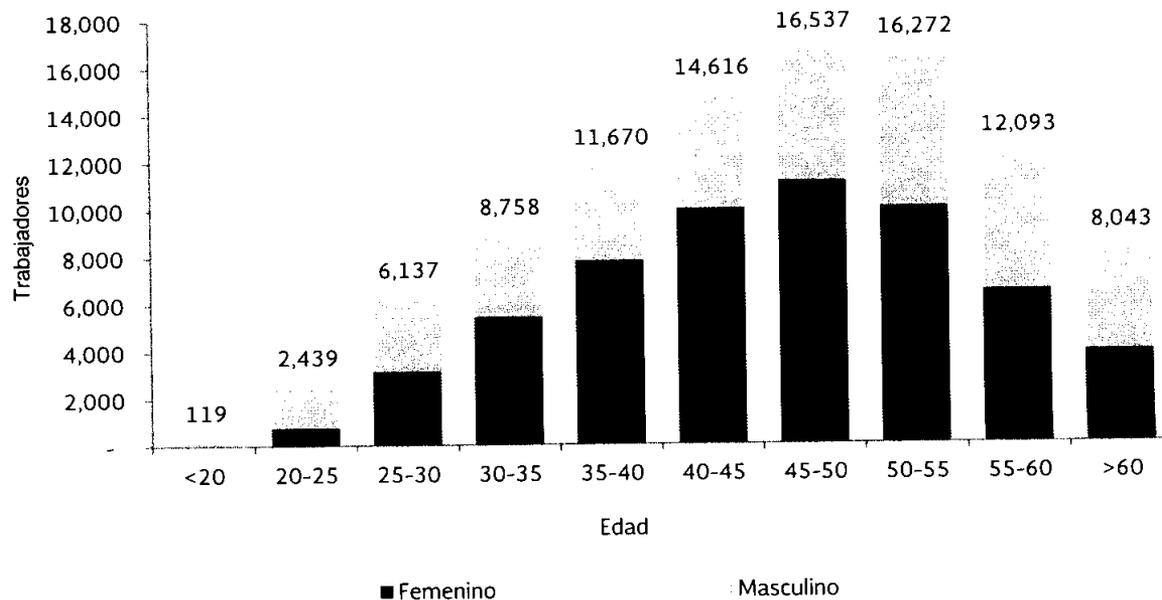
Fuentes: Ley Federal del Trabajo y las Condiciones Generales de Trabajo ISSSTE.

La valuación actuarial del pasivo laboral del ISSSTE fue realizada considerando los lineamientos de la Norma de Información Financiera D-3 (NIF D-3) “Beneficios a los Empleados”, publicada por el Consejo Mexicano para la Investigación y Desarrollo de Normas de Información Financiera (CINIF).

Al cierre de 2012, laboraban en el ISSSTE 96,685 trabajadores, cuya edad promedio es de 45.78 años y su antigüedad promedio de 14.65 años. El sueldo promedio mensual integrado es de 17,836 pesos, siendo la nómina anual de 20,693 mdp.

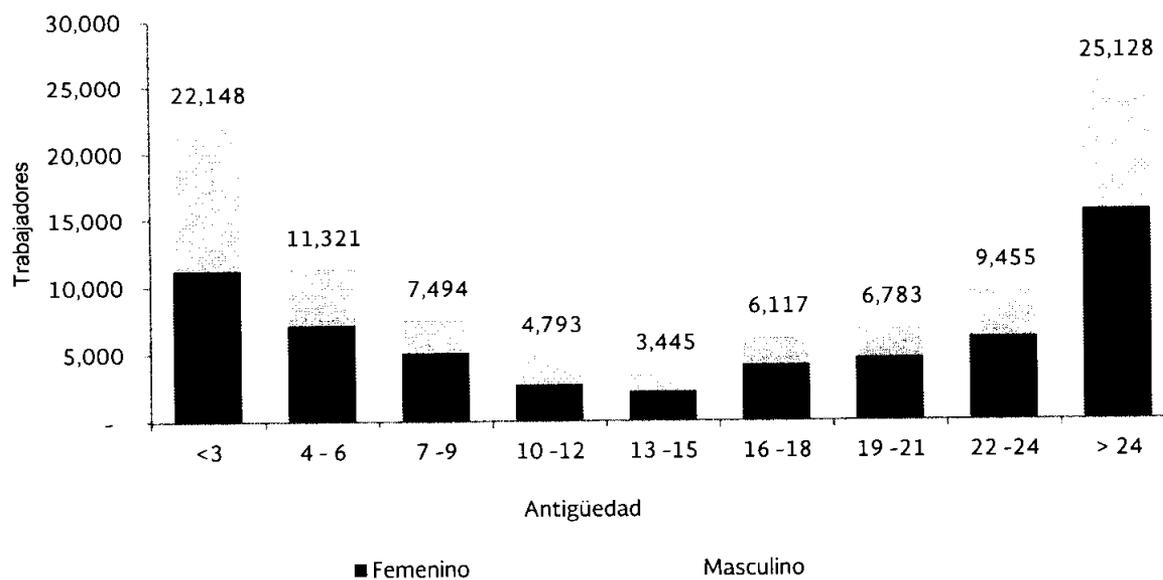
Las gráficas 14, 15 y 16 ilustran la distribución de los trabajadores del ISSSTE por edad, tiempo de servicio o antigüedad y por salario integrado mensual, respectivamente.

Gráfica 14. Distribución de trabajadores del ISSSTE por edad al 31 de diciembre de 2012



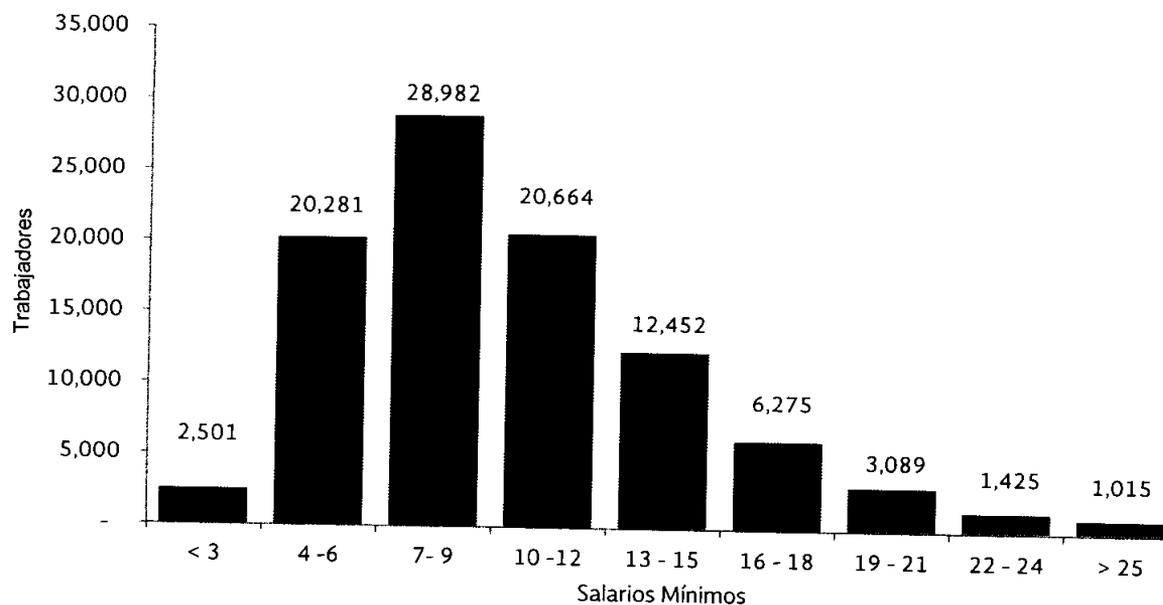
Fuente: Subdirección de Personal 2012, ISSSTE.

Gráfica 15. Distribución de trabajadores del ISSSTE por antigüedad al 31 de diciembre de 2012



Fuente: Subdirección de Personal 2012, ISSSTE.

Gráfica 16. Distribución de trabajadores del ISSSTE por salario integrado mensual al 31 de diciembre de 2012



Fuente: Subdirección de Personal 2012, ISSSTE.

Al cierre de 2012, el pasivo actuarial (obligaciones por beneficios definidos) asciende a 6,035 mdp, distribuidos en los diferentes beneficios de acuerdo a la Tabla 3.

Tabla 3. Pasivo laboral actuarial del ISSSTE en su calidad de patrón al 31 de diciembre de 2012 (millones de pesos)

Beneficios	Directos a largo plazo	Terminación	Retiro	Total
Prima de antigüedad	NA	210	1,341	1,551
Indemnizaciones por despido	NA	69	697	766
Gastos por defunción	NA	82	NA	82
Premio por antigüedad	3,637	NA	NA	3,637
Total	3,637	361	2,038	6,035

Fuente: Cálculos actuariales al 31 de diciembre de 2012, ISSSTE.
 Nota: NA se refiere a los conceptos que no aplican a dicho rubro.
 La suma de las cifras parciales puede no coincidir con el total por redondeo.

El cargo a resultados o Costo Neto del Periodo incluye los siguientes conceptos:

- Costo Laboral del servicio actual: generado por el reconocimiento de un año más de antigüedad de los trabajadores.
- Costo financiero del pasivo laboral acumulado: costo del financiamiento por el periodo atribuible a los pasivos laborales del Instituto.
- Reconocimiento del pasivo laboral devengado no reconocido: amortizado en un plazo máximo de 5 años o de manera inmediata, dependiendo del tipo de beneficio.
- Otras partidas pendientes de amortizar.

La Tabla 4 presenta el costo neto del periodo para el año 2013, el cual fue determinado considerando que el instituto efectuará, al inicio del año 2013, el registro de la reserva inicial correspondiente al pasivo laboral al 31 de diciembre de 2012 por 6,035 mdp. Por lo anterior, dentro del costo neto no existen partidas pendientes de amortizar.

Tabla 4. Costo neto del periodo para el año 2013 (millones de pesos)

Beneficios	Directos a largo plazo	Terminación	Retiro	Total
Prima de antigüedad	NA	27	150	178
Indemnizaciones por despido	NA	9	91	100
Gastos por defunción	NA	11	NA	11
Premio por antigüedad	475	NA	NA	475
Total	475	47	241	763

Fuente: Cálculos actuariales al 31 de diciembre de 2012, ISSSTE.
Nota: NA se refiere a los conceptos que no aplican a dicho rubro.
La suma de las cifras parciales puede no coincidir con el total por redondeo.

La Tabla 5 se presenta el Costo Neto del Período para el año 2013 en proporción de la nómina:

Tabla 5. Costo neto del periodo para el año 2013 como porcentaje de la nómina

Beneficios	Directos a largo plazo	Terminación	Retiro	Total
Prima de antigüedad	NA	0.13%	0.73%	0.86%
Indemnizaciones por despido	NA	0.04%	0.44%	0.48%
Gastos por defunción	NA	0.05%	NA	0.05%
Premio por antigüedad	2.30%	NA	NA	2.30%
Total	2.30%	0.23%	1.16%	3.69%

Fuente: Cálculos actuariales al 31 de diciembre de 2012, ISSSTE.
 Nota: NA se refiere a los conceptos que no aplican a dicho rubro.
 La suma de las cifras parciales puede no coincidir con el total por redondeo.

Cabe aclarar que, derivado de una disposición transitoria de la autoridad en materia de contabilidad gubernamental, el ISSSTE registró en cuentas de orden 5,466 mdp por concepto de pasivos laborales, sin afectar el resultado del ejercicio. De no haber ocurrido así, esta situación hubiera incrementado la pérdida en los fondos deficitarios del Instituto mencionados con anterioridad en el Estado de Actividades.

Otros pasivos contingentes

El Instituto es un organismo público descentralizado de la Administración Pública Federal, cuyos conflictos de naturaleza fiscal son resueltos ante el Tribunal Federal de Justicia Fiscal y Administrativa y, en su momento, valorados sus cumplimientos, efectos u omisiones ante los Tribunales del Poder Judicial de la Federación.

En el ámbito laboral, los conflictos del Instituto con sus propios trabajadores son competencia de la Junta Federal de Conciliación y Arbitraje¹⁰, sobre todo aquellos que tienen que ver con despidos injustificados en los que demandan generalmente la

¹⁰ De conformidad con lo resuelto por el Pleno y la Segunda Sala de la Suprema Corte de Justicia de la Nación en las jurisprudencias con los siguientes rubros: [J]; 9a. Época; Pleno; S.J.F. y su Gaceta; III, Febrero de 1996; pág. 52; Registro: 200 199; organismos descentralizados de carácter federal. Su inclusión en el artículo 1o. de la Ley Federal de los Trabajadores al Servicio del Estado, es inconstitucional y; [j]; 9a. época; 2a. sala; S.J.F. y su gaceta; iii, mayo de 1996; pág. 153; registro: 200 604; competencia laboral. Debe declararse a favor de la Junta Federal de Conciliación y Arbitraje cuando se demanda al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.

reinstalación o la indemnización constitucional, diferencias salariales, pago de diferencias por acuerdo de separación voluntaria, indemnizaciones por licencias médicas, entre otros.

Los juicios de naturaleza civil asumen sus controversias ante los Juzgados Federales o del Fuero Común. En ellos se generan riesgos económicos en perjuicio del Instituto, con base en una eventual condena impuesta por parte de las autoridades jurisdiccionales, respecto de aquellos juicios que defienden la Subdirección de lo Contencioso del ISSSTE y las Unidades Jurídicas de las Delegaciones.

En tal sentido, al mes de diciembre de 2012, los cinco juicios en materia fiscal, cuyo reclamo corresponde al entero de cuotas y aportaciones de seguridad social, se tiene un pasivo contingente de 136.1 mdp. En materia de Responsabilidad Patrimonial del Estado, existen 59 procedimientos con un pasivo contingente de 109.2 mdp, que generan un total de 245.3 mdp.

Asimismo, en materia laboral, se cuentan con 3,618 juicios laborales que representan un pasivo contingente por la cantidad de 3,004.5 mdp. En el ámbito civil, el pasivo contingente asciende a la cantidad de 341.3 mdp, derivados de 1,201 juicios.

Otros elementos en la operación

Existen elementos en la operación del Instituto que, pese a no haber sido objeto de una observación o salvedad por parte de un auditor externo independiente, podrían tener serias implicaciones para las finanzas del Instituto.

Entre estas problemáticas destacan la distribución de costos comunes y clasificación del gasto, los pasivos devengados con cargos al siguiente ejercicio (entre los que destacan los pasivos por servicios integrales) y la devolución de recursos de los Seguros de Invalidez y Vida y Riesgos del Trabajo.

Distribución de gastos comunes y clasificación del gasto

Por Ley, los ingresos y gastos de cada seguro, prestación y servicio, así como de las reservas, se registran contablemente por separado. Los gastos comunes se sujetan a una regla de carácter general para la distribución de costos, de acuerdo a los porcentajes contenidos en la Tabla 6.

Tabla 6. Distribución de los costos comunes por fondo

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

Fuente: Subdirección de Contaduría, ISSSTE.

La Auditoría Superior de la Federación, a través de los resultados de la Cuenta Pública 2011, recomendó al Instituto la revisión del porcentaje que se aplica a cada seguro y reserva para distribuir los costos comunes, ya que no ha tenido cambios desde el ejercicio 2008. También se recomendó la elaboración de una regla de distribución de los gastos comunes.

Actualmente, la regla de distribución de costos comunes asigna una cantidad importante de éstos al Seguro de Retiro, Cesantía en Edad Avanzada y Vejez (49.05%). Su eventual modificación hará que el déficit sea menor en ese fondo y se incremente en otros.

Pasivos devengados con cargo al siguiente ejercicio fiscal

De conformidad con la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria, los ejecutores del gasto informan a la SHCP, antes del último día de febrero de cada año, el monto y características de su deuda pública flotante o pasivo circulante al cierre del ejercicio fiscal anterior. Así, una vez concluida la vigencia del Presupuesto de Egresos, sólo se procederá a pagos por conceptos efectivamente devengados en el año que corresponda, siempre que las operaciones se hayan contabilizado debida y oportunamente, y estén contempladas en el Presupuesto de Egresos y se presenten en un

informe. Por ello, las erogaciones previstas en el Presupuesto de Egresos que no se encuentren devengadas al 31 de diciembre, no podrán ejercerse.

Se ha diagnosticado que, en la administración de los contratos de servicios integrales para las distintas unidades médicas del ISSSTE, como son los de anestesia, banco de sangre, laboratorio, hemodiálisis, servicios de telecomunicaciones, entre otros, la recepción a conformidad de los servicios se da con un desfase importante entre el momento de la prestación de los servicios y la gestión del pago de la factura de proveedor que se registra en el Sistema de Programación y Ejercicio Presupuestal.

Esto genera un desfase en el momento del registro contable, ya que su registro sólo se hace una vez presentada la factura. Lo anterior impide rendir informes precisos sobre la ejecución del presupuesto y genera una distorsión, al mostrar subejercicios por los servicios prestados que se encuentran en trámite de aceptación y pago. Asimismo, traslada presiones de gasto a ejercicios subsecuentes, ya que existe un pasivo heredado no registrado por aquellos servicios devengados en un periodo presupuestal y contable anterior. Se calcula un monto de pasivos devengados en el 2012 y con cargo al ejercicio 2013 por 7,722 mdp.

Devolución de recursos de los Seguros de Invalidez y Vida y Riesgos del Trabajo

A partir de la reforma a la Ley del ISSSTE, el Instituto recauda los ingresos de cuotas y aportaciones de los Seguros de Invalidez y Vida y Riesgos del Trabajo de los trabajadores sujetos a los dos tipos de regímenes: el basado en el Artículo Décimo Transitorio y el de cuentas individuales.

Asimismo, de conformidad con el Artículo Décimo Noveno Transitorio de la Ley, los recursos de las cuotas y aportaciones de dichos seguros de los trabajadores sujetos al régimen previsto en el Artículo Décimo Transitorio deben ser devueltos a la SHCP. Es importante mencionar que, dado que no se establecieron desde un inicio los mecanismos para la devolución, la administración anterior determinó mantener los recursos en las reservas del Instituto hasta que se efectuara la transferencia.

2013

No fue sino hasta el 31 de octubre de 2012 cuando la SHCP y la Dirección de Finanzas de este Instituto celebraron un convenio donde se establecieron los mecanismos para la devolución de dichos recursos. Por lo anterior, el saldo de las Reservas Financieras y Actuariales a 2012 mostró un monto que disminuyó en marzo de 2013, cuando se efectuó la transferencia a la SHCP, en cumplimiento a lo pactado por la administración anterior. En este sentido, se considera pertinente advertir desde este IFA 2013, el impacto que tendrá la devolución de los recursos, efectuada en marzo 2013, sobre el saldo de las reservas.

En dicho convenio se determinó que la transferencia de fondos de enero de 2008 a agosto de 2012 se realizaría de acuerdo al calendario y a los montos periódicos que se establecieran en el Documento Técnico para la Transferencia Acumulada que elaboraría y entregaría el ISSSTE a la SHCP. De acuerdo a dicho documento, el ISSSTE debería transferir las cuotas y aportaciones más los productos financieros de la siguiente forma:

1. 6,500 mdp a cubrirse a más tardar el 30 de noviembre de 2012.
2. 7,167.7 mdp a cubrirse a más tardar el 31 de marzo de 2013, más el rendimiento mensual correspondiente. En su caso, serían aplicables los productos financieros que resulten sobre saldos insolutos.
3. 2,335.7 mdp a cubrirse entre el 1 de enero y el 31 de marzo 2013, más el rendimiento mensual correspondiente. En su caso, serían aplicables los productos financieros que resultaran sobre saldos insolutos.
4. 2,220.9 mdp a cubrirse entre el 1 de enero y el 31 de marzo 2013, más el rendimiento mensual correspondiente. En su caso, serían aplicables los productos financieros que resultaran sobre saldos insolutos.

De esta forma, el monto a transferir del periodo de enero de 2008 a agosto de 2012, ascendía a 18,572.38 mdp de los cuales:

- 16,003.42 mdp correspondían a cuotas y aportaciones.

Capítulo II

- 2,220.93 mdp correspondientes a los productos financieros generados en el periodo de enero 2008 a agosto 2012.
- 348.03 mdp por correspondientes al rendimiento mensual del periodo septiembre 2012 a marzo 2013.

Asimismo, en el Documento Técnico Adicional para la Transferencia Acumulada considera el monto a transferir y los productos financieros que resulten del manejo de los recursos correspondientes al periodo 1 de septiembre al 31 de diciembre 2012, que ascendieron a 1,196.63 mdp:

- 1,176.41 mdp correspondían a cuotas y aportaciones.
- 8.79 mdp correspondientes a los productos financieros generados de septiembre a diciembre 2012.
- 11.42 mdp correspondientes al rendimiento mensual del periodo enero a marzo 2013.

Así, el monto total a transferir por concepto de cuotas y aportaciones, productos financieros e intereses generados por reinversión ascendió a 19,769 mdp. De acuerdo al calendario de pagos del Convenio, el 26 de noviembre de 2012 se devolvieron 6,500 mdp a la SHCP. Una vez cubierta dicha cantidad, la suma de los saldos acumulados al cierre de 2012 por concepto de Invalidez y Vida y Riesgos del Trabajo del 1 de enero de 2008 al 31 de diciembre de 2012, más los productos financieros generados al 27 de marzo de 2013, ascendió a 13,269 mdp, mismos que fueron enterados a la SHCP en esa misma fecha. Los recursos fueron tomados de la Reserva Financiera y Actuarial (RFA) y de la Reserva de Operación, Contingencia y Financiamiento (ROCF) como se muestra en la Tabla 7:

2013

Tabla 7. Calendario de pago a la SHCP (millones de pesos)

Calendario de pago	Reserva	Invalidez y Vida	Riesgos del Trabajo	Total
26 de noviembre 2012	RFA y flujos	4,095.00	2,405.00	6,500.00
27 de marzo de 2013	ROCF, renglón especiales	2,298.65	1,271.53	3,570.18
27 de marzo de 2013	RFA	6,334.56	3,364.27	9,698.83
Total		12,728.20	7,040.80	19,769.01

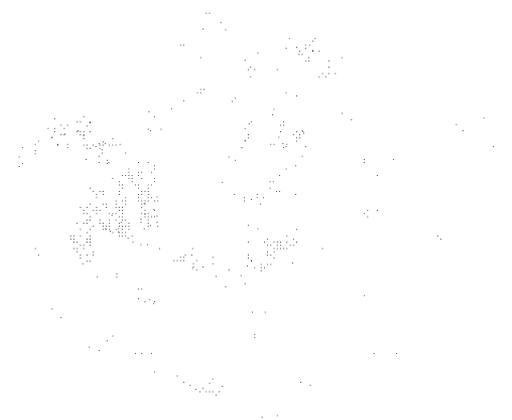
Fuente: Tesorería General y Subdirección de Inversiones.

Con lo anterior, se dio cumplimiento al convenio celebrado con la SHCP en lo que respecta a 2012, al finiquitarse el adeudo acumulado hasta diciembre de ese año.

La salida de recursos para la devolución a la SHCP de los fondos de Invalidez y Vida y Riesgos del Trabajo así como del renglón especiales de la ROCF por 13,269 mdp, representa una disminución de 21% en el saldo de las reservas del Instituto, a valor de mercado y sin considerar la Reserva de Operación, ya que pasan de 64,629.3 mdp a 51,360.3 mdp, una vez efectuado el pago. Por otro lado, la transferencia de los recursos generará una disminución aproximada de 498.3 mdp en los ingresos del Instituto en 2013, por concepto de productos financieros, considerando una tasa estimada de 4.35% anualizada en cuentas productivas.

CAPÍTULO III

SEGURO DE SALUD



ISSSTE

Seguro de Salud

En este capítulo se analiza la situación financiera del Seguro de Salud y se aportan los elementos actuariales que permiten evaluar si las primas correspondientes son suficientes para cubrir los gastos actuales y futuros. Asimismo, se señalan los posibles riesgos, contingencias y pasivos, así como la capacidad financiera del Instituto para responder a ellos.

El Seguro de Salud opera sin hacer distinción en el ejercicio del gasto entre trabajadores y pensionados, a pesar de que las aportaciones para ambos segmentos son diferentes. Es por ello que, en este apartado, se realizan dos análisis, el Seguro de Salud de forma conjunta y el Seguro de Salud por cada una de las vertientes o grupos que lo componen.

Estado de actividades

La Tabla 8 muestra que el Seguro de Salud operó con un déficit de 2,471 mdp en 2012. Adicionalmente, incluye el estado de actividades de ejercicios anteriores, a fin de destacar los incrementos en los conceptos de servicios de personal y materiales y suministros que llegaron a un máximo en el ejercicio 2012.

Tabla 8. Estado de actividades del Seguro de Salud (millones de pesos)

Concepto	2008	2009	2010	2011	2012
Ingresos					
Cuotas y aportaciones	25,371	38,214	41,052	43,667	46,759
Cuotas	7,862	8,599	9,070	9,707	10,533
Aportaciones	17,509	19,630	20,785	22,266	23,858
Cuota Social	-	9,985	11,197	11,694	12,368
Otros ingresos	308	470	212	476	258
Intereses sobre inversión en valores	181	338	52	138	39
Otros ingresos	127	132	158	336	217
Intereses sobre préstamos	-	-	-	-	-
Prestación de servicios	-	-	2	2	2
Total de ingresos	25,678	38,684	41,264	44,143	47,017

2013

Capítulo III

Concepto	2008	2009	2010	2011	2012
Gastos					
Gasto corriente	31,711	35,594	41,544	47,648	47,759
Servicios de personal	17,186	18,059	20,650	22,385	24,075
Materiales y suministros	9,715	10,790	14,121	15,996	14,283
Servicios generales	4,798	6,730	6,345	9,246	9,401
Gastos financieros	12	15	107	21	-
Prov. económicas ayudas otras ero	-	-	321	-	-
Otros gastos	3,893	12,900	13,295	4,961	1,730
Depreciaciones	268	391	978	907	739
Otros gastos	-	-	218	412	241
Gastos vivienda financiamiento y obra pública	189	326	257	129	-
Incremento a Reserva financiera y actuarial	3,436	11,839	11,368	3,092	652
Incremento a Reserva de operación para contingencias y financiamiento	-	299	383	421	98
Incremento a Reserva general financiera y actuarial	-	45	91	-	-
Total de gastos	35,603	48,494	54,839	52,609	49,488
Ingresos menos gastos	-9,925	-9,810	-13,575	-8,466	-2,471

Fuente: IFA del periodo 2008-2011 y estado de actividades por fondo al 31 de diciembre de 2012.

Proyecciones Financieras

El análisis del Seguro de Salud se realiza a través de las proyecciones financieras, que contienen la evolución del ingreso y gasto, así como la evolución estimada de su Reserva Financiera y Actuarial. También se presenta el Balance Actuarial del seguro, que indica el grado de solvencia financiera en un horizonte de largo plazo. Esta herramienta se conforma por el activo que incluye el saldo en la Reserva Financiera y Actuarial a la fecha de valuación y el valor presente de las cuotas y aportaciones futuras. El pasivo actuarial se constituye por el valor presente de los gastos que habrán de realizarse en el futuro y el valor presente de los incrementos a la reserva. Finalmente, el déficit o superávit indica el grado de solvencia.

Antes de entrar al análisis, se debe señalar que las cuotas y aportaciones del Seguro de Salud equivalen a 11.47% del sueldo básico de los trabajadores y se destinan a cubrir los gastos derivados de los servicios médicos que se otorgan, así como el gasto corriente. Conforme a la Ley, 88.3% de los ingresos por cuotas y aportaciones corresponde al grupo

2013

de trabajadores y sus familiares derechohabientes y el restante 11.70% a la vertiente de pensionados y sus familiares (ver Anexo I).

Adicionalmente, el Gobierno Federal apoya con la cuota social por cada trabajador y pensionado equivalente a 13.9% del salario mínimo general para el Distrito Federal vigente al 1 de julio de 1997 (SMDF97), actualizado conforme al INPC. Se estima que dicha cuota en promedio asciende a 3.91% del sueldo básico de los trabajadores.

En la medida en que las cuotas, aportaciones y la cuota social se estimen insuficientes para cubrir las presiones de gasto en este seguro, el Instituto debe implementar acciones que permitan restablecer la viabilidad financiera del mismo. Al respecto, la Ley prevé los siguientes mecanismos:

- De acuerdo al Artículo 231 de la Ley, de ocurrir déficit, éste deberá ser cubierto por el Gobierno Federal y los gobiernos o dependencias y entidades que coticen al régimen obligatorio, en la proporción que les corresponda.
- El Artículo Cuadragésimo Sexto Transitorio señala que, con base en los resultados actuariales, cada cuatro años se revisará que las cuotas y aportaciones sean suficientes para asegurar la sustentabilidad de los seguros y prestaciones.

Con base en lo anterior, se obtuvieron las proyecciones de ingreso, gasto y la evolución estimada de la Reserva Financiera y Actuarial del Seguro de Salud. Para hacerlo, se empleó la información de trabajadores, pensionados y sus familiares derechohabientes, así como de los costos per cápita asociados a la atención médica. La Tabla 9 contiene las proyecciones financieras del seguro de manera conjunta, a partir de 2013 y hasta 2110.

Capítulo III

Tabla 9. Proyecciones financieras del Seguro de Salud (millones de pesos constantes al 31 de diciembre de 2012)

Año	Ingreso	Gasto 1/	Ingreso – Gasto	Saldo en reserva al inicio del año 2/	Recursos adicionales
2013	49,916	52,406	-2,490	34,519	0
2014	50,981	54,241	-3,260	31,875	0
2015	51,998	56,306	-4,308	29,489	0
2016	53,037	58,168	-5,131	25,385	0
2017	54,014	60,333	-6,319	19,428	0
2018	55,024	62,233	-7,209	12,565	0
2019	55,958	64,259	-8,301	5,151	3,150
2020	56,926	65,942	-9,016	0	9,016
2021	57,812	68,004	-10,192	0	10,192
2022	58,749	69,714	-10,965	0	10,965
2023	59,600	71,750	-12,150	0	12,150
2024	60,508	73,406	-12,898	0	12,898
2025	61,326	75,418	-14,092	0	14,092
2030	65,277	84,393	-19,115	0	19,115
2040	71,952	103,092	-31,141	0	31,141
2050	78,676	120,517	-41,841	0	41,841
2060	85,557	140,139	-54,582	0	54,582
2070	93,401	162,707	-69,306	0	69,306
2080	102,407	188,966	-86,558	0	86,558
2090	112,473	220,138	-107,665	0	107,665
2100	123,536	258,005	-134,469	0	134,469
2110	136,038	302,586	-166,547	0	166,547

Fuente: Cálculos actuariales al 31 de diciembre de 2012, ISSSTE.

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

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

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

2013

De las proyecciones financieras del Seguro de Salud de manera conjunta, se determina lo siguiente:

- Las cuotas y aportaciones asignadas para el financiamiento del Seguro de Salud se estiman insuficientes para cubrir los gastos esperados desde el 2013, por lo que se prevé que, en ausencia de transferencias gubernamentales, a partir de ese año se utilizarán recursos de la Reserva Financiera y Actuarial.

- Si se aplican los recursos de la Reserva Financiera y Actuarial para cubrir el déficit, el periodo de suficiencia es de 6 años sin modificar las cuotas y aportaciones actuales y se requieren recursos adicionales a partir del año 2019.

La Tabla 10 presenta el balance actuarial del Seguro de Salud a 20 años:

Tabla 10. Balance actuarial al 31 de diciembre de 2012 del Seguro de Salud, considerando 20 años de proyección

Concepto	Trabajadores	Pensionados antes del 1/abr/2007	Pensionados después del 1/abr/2007	Total	Total % Salario
Activos					
Reserva financiera y actuarial	6,163	0	28,356	34,519	0.61%
Cuotas	155,251	0	35,284	190,536	3.38%
Aportaciones	416,356	0	40,648	457,004	8.10%
Cuota social	152,070	25,515	43,354	220,939	3.91%
Otros ingresos	6,110	213	909	7,232	0.13%
Total activo	735,950	25,728	148,551	910,228	16.12%
Pasivos					
Costo médico	727,453	97,531	196,345	1,021,329	18.09%
Otros gastos	11,140	1,438	3,004	15,582	0.28%
Incremento posible a la reserva financiera y actuarial	5,142	0	34	5,176	0.09%
Incremento posible a otras reservas 1/	4,463	0	138	4,601	0.08%
Total de pasivos	748,199	98,969	199,520	1,046,687	18.54%
Superávit /Déficit	-12,249	-73,240	-50,970	136,459	-2.4 2%

Fuente: Cálculos actuariales al 31 de diciembre de 2012, ISSSTE.

Nota: 1/ Considera el incremento a la reserva para operación para contingencias y financiamiento y a la reserva general financiera y actuarial.

De acuerdo con el balance actuarial del Seguro de Salud a 20 años, se destaca lo siguiente:

- Actualmente, el Seguro de Salud opera con un déficit que es solventado por las transferencias del Gobierno Federal. Las cuotas, aportaciones y cuota social de 15.38% del sueldo básico de los trabajadores, que establece la Ley para el financiamiento de este seguro, son insuficientes. De acuerdo al balance actuarial, se estima que para hacer frente al déficit se requiere un incremento

en la prima de 3.16%, es decir, pasar a 18.54%, considerando la constitución de reservas.

- Considerando el uso de las reservas actuales y sin constituir nuevas, la prima necesaria para hacer frente a los gastos de este seguro se estima en 17.93% del sueldo básico de los trabajadores incluyendo cuota social.
- Es importante señalar que el déficit de este seguro se debe, principalmente, al grupo de pensionados vigentes a la entrada en vigor de la Ley del ISSSTE, cuya única fuente de financiamiento es la cuota social que representa en promedio 26% del total del gasto de este grupo.
- Si el costo que representan los pensionados y sus familiares anteriores a la reforma fuera cubierto mediante transferencias federales, el Seguro de Salud requeriría una prima equivalente a 16.79% del sueldo básico, incluyendo cuota social y la constitución de reservas.

Se debe subrayar que las proyecciones actuariales se basan en una serie de hipótesis demográficas y financieras, adoptadas con base en las estadísticas del Instituto y diversos supuestos (ver Anexo II). Por lo anterior, la curva del gasto puede no coincidir con las previsiones estimadas.

En virtud de que la Ley diferencia los ingresos por grupos de derechohabientes, el IFA 2013 presenta un análisis de los gastos que conciernen a cada uno de ellos: 1) trabajadores y sus familiares derechohabientes y 2) pensionados y sus familiares derechohabientes. Adicionalmente este último grupo se subdividió en dos: a) pensionados vigentes hasta el 31 de marzo de 2007 y sus familiares derechohabientes y b) pensionados generados a partir del 1 de abril de 2007 y sus familiares derechohabientes.

1. Seguro de Salud en su vertiente de trabajadores y sus familiares derechohabientes

El Seguro de Salud en esta vertiente se financia con cuotas y aportaciones de 10.125% del sueldo básico de los trabajadores, más la cuota social a cargo del Gobierno Federal, que representa 27% del total de las aportaciones.

Con este ingreso se financia el gasto del seguro en esta vertiente por servicios de personal, materiales y suministros, servicios generales y gastos financieros, así como el gasto por el incremento a las reservas que se establecen por Ley. La Tabla 11 presenta las proyecciones financieras para el segmento de trabajadores y familiares derechohabientes, a partir de 2013 y hasta el año 2110.

Tabla 11. Proyecciones financieras del Seguro de Salud en su vertiente de trabajadores y sus familiares derechohabientes (millones de pesos constantes al 31 de diciembre de 2012)

Año	Ingreso	Gasto 1/	Ingreso – Gasto 2/	Saldo en reserva al inicio del año 3/	Recursos adicionales
2013	42,113	39,377	2,736	6,163	0
2014	42,955	40,613	2,342	8,114	0
2015	43,711	41,792	1,919	10,701	0
2016	44,544	43,055	1,489	12,353	0
2017	45,263	44,245	1,017	12,724	0
2018	46,081	45,539	542	13,106	0
2019	46,758	46,524	234	13,499	0
2020	47,532	47,594	-62	13,904	0
2021	48,157	48,565	-409	14,258	0
2022	48,904	49,636	-732	14,271	0
2023	49,516	50,617	-1,101	13,956	0
2024	50,259	51,696	-1,437	13,258	0
2025	50,852	52,678	-1,826	12,197	0
2026	51,585	53,758	-2,173	10,710	0
2027	52,160	54,738	-2,578	8,826	0
2028	52,873	55,811	-2,938	6,474	0
2029	53,416	56,777	-3,361	3,686	0
2030	53,941	57,735	-3,794	391	3,403
2031	54,448	58,682	-4,234	0	4,234
2040	59,224	67,755	-8,531	0	8,531

2013

Capítulo III

Año	Ingreso	Gasto 1/	Ingreso - Gasto 2/	Saldo en reserva al inicio del año 3/	Recursos adicionales
2050	65,256	79,681	-14,425	0	14,425
2060	71,468	93,166	-21,698	0	21,698
2070	78,511	108,951	-30,440	0	30,440
2080	86,583	127,873	-41,291	0	41,291
2090	95,527	149,937	-54,410	0	54,410
2100	105,231	175,417	-70,186	0	70,186
2110	116,207	205,467	-89,261	0	89,261

Fuente: Cálculos actuariales al 31 de diciembre de 2012, ISSSTE.

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

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

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

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

Las proyecciones financieras muestran lo siguiente:

- Se estima que, en un horizonte de 20 años, las cuotas, aportaciones y cuota social de 12.82% del sueldo básico de los trabajadores, que establece la Ley, son insuficientes. Para hacer frente al déficit se requiere un incremento en la prima de 0.43%, es decir, pasar a 13.25%, considerando la constitución de reservas.
- Considerando el uso de las reservas actuales, la prima necesaria para hacer frente a los gastos de este seguro se estima en 13.14% del sueldo básico de los trabajadores.
- Es importante reiterar que el superávit de corto plazo que presenta este grupo en el periodo de proyección financiera el déficit del grupo de pensionados.
- Las cuotas y aportaciones asignadas para esta vertiente se estiman suficientes para cubrir los gastos esperados durante 7 años (2013-2019), a partir de 2019 se utilizarán recursos de la Reserva Financiera y Actuarial.
- Si se aplican los recursos de la Reserva Financiera y Actuarial para cubrir el déficit, el periodo de suficiencia es de 17 años sin modificar las cuotas y

aportaciones actuales y se requieren recursos adicionales a partir del año 2030.

2. Pensionados

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

La cuota social, a cargo del Gobierno Federal, es el único ingreso establecido en la Ley del ISSSTE para cubrir las obligaciones derivadas de los servicios médicos del grupo de pensionados y sus familiares derechohabientes. Desde la reforma de Ley, este grupo ha operado con déficit, por lo que no se constituyen reservas.

La Tabla 12 presenta la proyección de los ingresos y gastos de esta vertiente del Seguro de Salud, a partir de 2013 y hasta el año 2110.

Tabla 12. Proyecciones financieras del Seguro de Salud en su vertiente de pensionados a la fecha de entrada en vigor de la Ley del ISSSTE (millones de pesos constantes al 31 de diciembre de 2012)

Año	Ingreso	Gasto 1/	Ingreso menos Gasto 2/
2013	2,193	7,593	-5,400
2014	2,159	7,524	-5,365
2015	2,110	7,445	-5,335
2016	2,060	7,360	-5,300
2017	2,006	7,268	-5,263
2018	1,948	7,171	-5,222
2019	1,889	7,067	-5,178
2020	1,827	6,923	-5,096
2030	1,145	5,162	-4,017
2040	590	3,039	-2,449
2050	286	1,564	-1,279
2060	172	1,134	-963
2070	110	973	-863
2080	50	579	-529

2013

Año	Ingreso	Gasto 1/	Ingreso menos Gasto 2/
2090	9	140	-130
2100	0	0	0
2110	0	0	0

Fuente: Cálculos actuariales al 31 de diciembre de 2012, ISSSTE.

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

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

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

En lo referente a los pensionados anteriores a la reforma y sus familiares derechohabientes, las proyecciones financieras muestran lo siguiente:

- La cuota social, a cargo del Gobierno Federal, es el único ingreso establecido en la Ley del ISSSTE para cubrir las obligaciones derivadas de los servicios médicos del grupo de pensionados y sus familiares derechohabientes. Dicho ingreso cubre 26% del total de su gasto. Este grupo ha operado con déficit, por lo que no se constituyen reservas.
- Para garantizar la cobertura de los servicios médicos de este grupo durante 20 años, se estima necesaria una prima equivalente a 1.75% del sueldo básico de los trabajadores, incluyendo la cuota social.

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

2013

INFORME FINANCIERO Y ACTUARIAL

Para financiar el Seguro de Salud en este grupo, se consideran cuotas y aportaciones equivalentes a 1.345% del sueldo básico de los trabajadores más la cuota social a cargo del Gobierno Federal. Las reservas constituidas al respecto coadyuvan para cubrir los gastos derivados de los servicios médicos.

La Tabla 13 contiene las proyecciones financieras del Seguro de Salud, entre 2013 y el año 2110, para los pensionados a partir de la fecha de entrada en vigor de la Ley del ISSSTE.

Tabla 13. Proyecciones financieras del Seguro de Salud en su vertiente de pensionados a partir de la fecha de entrada en vigor de la Ley del ISSSTE (millones de pesos constantes al 31 de diciembre de 2012)

Año	Ingreso	Gasto 1/	Ingreso menos gasto 2/	Saldo en reserva al inicio del año 3/	Recursos adicionales
2013	5,610	5,436	174	28,356	0
2014	5,867	6,104	-237	29,241	0
2015	6,177	7,069	-892	29,878	0
2016	6,432	7,752	-1,320	29,869	0
2017	6,746	8,820	-2,074	29,426	0
2018	6,994	9,523	-2,529	28,204	0
2019	7,310	10,667	-3,357	26,483	0
2020	7,566	11,425	-3,859	23,871	0
2021	7,891	12,664	-4,772	20,671	0
2022	8,145	13,456	-5,311	16,448	0
2023	8,455	14,672	-6,217	11,551	0
2024	8,691	15,414	-6,723	5,671	1,052
2025	8,987	16,617	-7,630	0	7,630
2030	10,192	21,496	-11,305	0	11,305
2040	12,138	32,298	-20,161	0	20,161
2050	13,135	39,272	-26,137	0	26,137
2060	13,918	45,839	-31,922	0	31,922
2070	14,780	52,783	-38,003	0	38,003
2080	15,775	60,513	-44,738	0	44,738
2090	16,936	70,061	-53,124	0	53,124
2100	18,305	82,588	-64,282	0	64,282
2110	19,832	97,118	-77,287	0	77,287

Fuente: Cálculos actuariales al 31 de diciembre de 2012, ISSSTE.

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

2/ En su caso, los sobrantes de ingreso menos gasto contribuyen a constituir las reservas del seguro (reserva de operación para contingencias y financiamiento, reserva financieras y actuarial y reserva general financieras y actuarial).

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

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

2013

Los resultados de las proyecciones financieras señalan que:

- En un horizonte de 20 años las cuotas, aportaciones y cuota social de 2.11% del sueldo básico de los trabajadores que establece la Ley, son insuficientes. Para hacer frente al déficit se requiere un incremento en la prima de 1.42%, es decir, pasar a 3.53%, considerando la constitución de reservas.

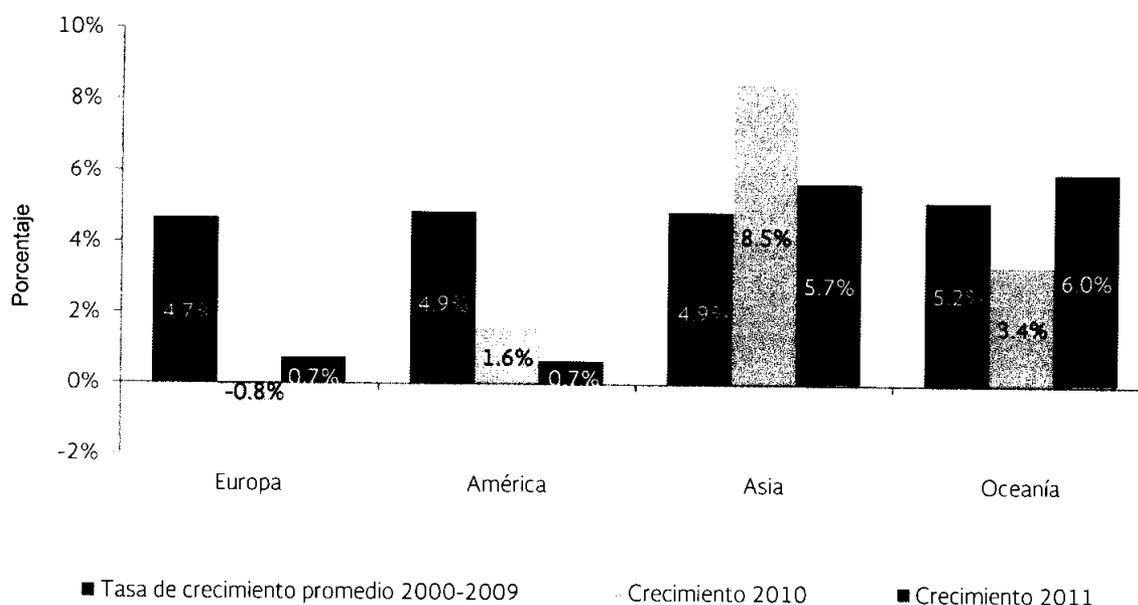
- Haciendo uso de las reservas actuales, la prima necesaria para hacer frente a los gastos de este seguro se estima en 3.03% del sueldo básico de los trabajadores.
- Las cuotas y aportaciones asignadas para este grupo se estiman suficientes para cubrir los gastos esperados únicamente durante 2013. A partir de 2014 se utilizarán recursos de la Reserva Financiera y Actuarial.
- Si se aplican los recursos de la Reserva Financiera y Actuarial para cubrir el déficit, el periodo de suficiencia es de 11 años sin modificar las cuotas y aportaciones actuales y se requieren recursos adicionales a partir del año 2024.

Riesgos

Este apartado aborda los riesgos que pudieran presionar aún más las finanzas del Instituto en el otorgamiento de la prestación de los servicios médicos, como son: integración del sector salud, incremento en los costos de nuevas tecnologías, enfermedades de alto impacto financiero y gastos del seguro por arriba de las previsiones actuariales estimadas.

Los costos relacionados con el Seguro de Salud se integran por diferentes rubros, entre ellos destacan recursos humanos, insumos, mantenimiento, infraestructura y adquisición de nuevas tecnologías. De forma integral, el gasto ha crecido de manera sostenida en los últimos años. Este aspecto no es exclusivo del Instituto o de nuestro país, a nivel internacional se han presentado incrementos importantes tanto en los servicios de salud públicos como en los privados, los cuales han tenido que mitigarse con diversas estrategias de presupuestos públicos cada vez más controlados y reducidos. La Gráfica 17 muestra la tendencia al alza en el gasto en salud de diversos países miembros de la OCDE.

Gráfica 17. Crecimiento promedio anual en el gasto en salud de los países miembros de la OCDE por continente 2000 - 2011



Fuente: Elaboración con cifras obtenidas de la página de OCDE; <http://stats.oecd.org/>, HealthExpenditure and Financing : HealthExpenditure and Financing since 2000.

El reto para algunos países ha sido moderar el gasto sin disminuir la calidad mediante la eficiencia en el otorgamiento de los servicios. Por ejemplo, en el Reino Unido, se planteó un crecimiento de 0.4% en el presupuesto para salud para el periodo 2012-2015, a diferencia del escenario inercial en el gasto de 4.93% anual que se venía reportando hasta el año 2010. Con ello, se estima un ahorro de 4.79%, 9.81% y 15.07% para 2012, 2013, 2014 respectivamente.

De acuerdo con la información de la OCDE, el gasto total de salud en México creció a una tasa promedio anual de 3.80% arriba de inflación en el periodo 2000 – 2010. En el caso particular del ISSSTE, durante el periodo 2008 -2012 se tiene un crecimiento anual promedio por arriba de inflación de 6.84%.

Los costos que consumen la mayor proporción del gasto en el Seguro de Salud del ISSSTE son: recursos humanos y materiales y suministros, mantenimiento, infraestructura y adquisición de nuevas tecnologías.

Integración del sector salud

La gestión pública en la atención de la salud ha experimentado profundas reformas en todo el mundo en materia de administración, financiamiento y suministro, competencia y regulación del mercado. Por otro lado, medidas como la separación de funciones del financiamiento y la prestación de servicios, así como el fortalecimiento de la competencia entre proveedores han buscado una mayor eficiencia dentro de estos sistemas.

En este contexto, el Sistema Nacional de Salud Mexicano valora la unificación del Sector. La homologación de servicios y la portabilidad son el camino para alcanzar la universalización de la atención en salud. La meta es brindar cobertura de servicios de salud a todos los mexicanos.

Bajo el compromiso signado en el Pacto por México, se establece la “seguridad social universal” con la finalidad de incorporar el acceso universal a los servicios de salud, mismo que considera dos principios fundamentales: la reorganización del sector salud con el fin de hacer válida la portabilidad de las coberturas y la homologación de servicios en los sistemas para igualar gradualmente la cobertura y calidad de todos ellos.

Ante este escenario se deberán considerar de forma minuciosa los diferentes retos que representa este compromiso, con la finalidad de que sea una política pública sustentable y de alto impacto social.

Impulsar un sistema universal de salud en México en el que todas las instituciones del sector salud estén integradas implicaría para el ISSSTE los siguientes riesgos:

- a) Riesgo financiero.- En el mediano plazo habrá insuficiencia de recursos para cumplir con las obligaciones establecidas en el grupo de pensionados. El riesgo financiero pudiera ser mayor, ya que podrían presentarse duplicidad de actividades e inercias que impidan la eficiencia en la operación de los servicios de salud.
- b) Incertidumbre en la determinación de la oferta de los servicios.- Con la portabilidad de los servicios médicos, los recursos siguen al asegurado de

acuerdo con la institución en la que decida atenderse, lo que dificultará la planeación de la oferta y la estructura para otorgar los servicios.

- c) Problemas de rendición de cuentas.- Al dispersarse las responsabilidades y los flujos económicos entre diferentes actores, se complica la transparencia del uso de los recursos.

Incremento en el costo de nuevas tecnologías

Las investigaciones publicadas por el *National Bureau of Economic Research* (NBER) de Estados Unidos señalan que el rápido crecimiento de los gastos de atención médica se explica, principalmente, por el aumento en el costo de la tecnología. Destaca que el aumento en el avance tecnológico también incrementa la esperanza de vida y contribuye, así, al crecimiento del gasto. Los economistas de la salud han estimado que entre 40% y 50% de incremento anual de los costos puede atribuirse a la implementación de nuevas tecnologías o al uso intensivo de las antiguas.

El cambio tecnológico se refiere a dos aspectos: la introducción de nuevos productos y técnicas y los ajustes en las prácticas clínicas y la demanda de los pacientes, en respuesta a los nuevos productos y técnicas. En todo caso, las tecnologías en salud impulsan los costos de atención, ya que, si bien representan la reducción del costo unitario del servicio, necesariamente implican un aumento en la frecuencia de uso en las unidades médicas.

Por ejemplo, varios procedimientos nuevos están revolucionando la atención de las enfermedades del corazón. El resultado es que muchos de los procedimientos cardiacos se realizan ahora sin estancia hospitalaria y con un menor riesgo, pero la disponibilidad del tratamiento para los pacientes ha mejorado y con ella se ha incrementado la frecuencia de uso.

El incremento en los costos de la tecnología médica también ha afectado al ISSSTE. En 2008 el costo de adquisición de una mesa quirúrgica fue de 1.15 mdp y para 2010 ascendió a 1.4 mdp. Lo anterior representó un incremento promedio anual de 6.78% para este insumo médico, con un acumulado de 21.74%. Asimismo, un colposcopio adquirido

en 2008 tuvo un costo de 247,920 pesos y para el 2010 se incrementó a 307,746, lo cual significó un incremento promedio anual de 7.47% y un acumulado de 24.13%¹¹.

Actualmente, en el ISSSTE no se cuenta con un manual de procedimientos para la inclusión, modificación y exclusión de insumos para la salud del Cuadro Básico Institucional. Su importancia radica en establecer reglas claras y procesos transparentes, con el fin de optimizar el uso de los recursos públicos destinados a la atención de los problemas de salud de los derechohabientes, mediante el empleo de aquellos insumos médicos que han probado su seguridad, eficacia terapéutica y eficiencia (costo-efectividad).

Enfermedades de alto impacto financiero

Las enfermedades crónico-degenerativas y la discapacidad inherente a ellas plantean retos importantes para el ISSSTE. La creciente tendencia en el número de casos de padecimientos crónicos, su diagnóstico en edades más tempranas y la presentación de distintos tipos de discapacidades darán lugar a una demanda de servicios más grande y compleja.

Como antecedente importante se debe mencionar el estudio realizado por el Instituto Nacional de Salud Pública que estimó el gasto en diabetes tipo 2, enfermedades cardiovasculares y obesidad para el ISSSTE en 2006. De acuerdo al estudio realizado, el gasto estimado correspondió a 7,439 mdp, cifra equivalente a 35.2% del gasto del Seguro de Salud para ese año.

Por la importancia del tema se presentan a continuación las estimaciones del gasto que podría ejercer el ISSSTE con motivo de la atención médica que habrá de destinarse a los cinco padecimientos que concentran una proporción significativa de los recursos financieros del Instituto: enfermedades cardiovasculares, diabetes tipo 2, insuficiencia renal, hipertensión arterial y osteoartritis.

El gasto estimado en 2012 para estos cinco padecimientos se compone de dos rubros: gasto por consultas médicas y gasto en atención hospitalaria. A partir de 2012 y hasta

¹¹ Fuente: Jefatura de Servicios de Acuerdos de Gestión, ISSSTE.

2050 se presentan proyecciones del gasto del Instituto. Las proyecciones estimadas deben ser consideradas como enunciativas y no limitativas, derivado del grado de incertidumbre en los supuestos abordados.

Estimación del gasto ejercido en 2012

En este apartado se analiza el gasto en salud ejercido durante 2012. La Tabla 14 indica que el gasto total estimado para la atención médica de los cinco padecimientos ascendió a 9,586.5 mdp, es decir, 20% del gasto corriente del Seguro de Salud para ese año. Las enfermedades cardiovasculares, la diabetes tipo 2 y la insuficiencia renal concentraron la mayor proporción de este gasto con una participación de 81.3%.

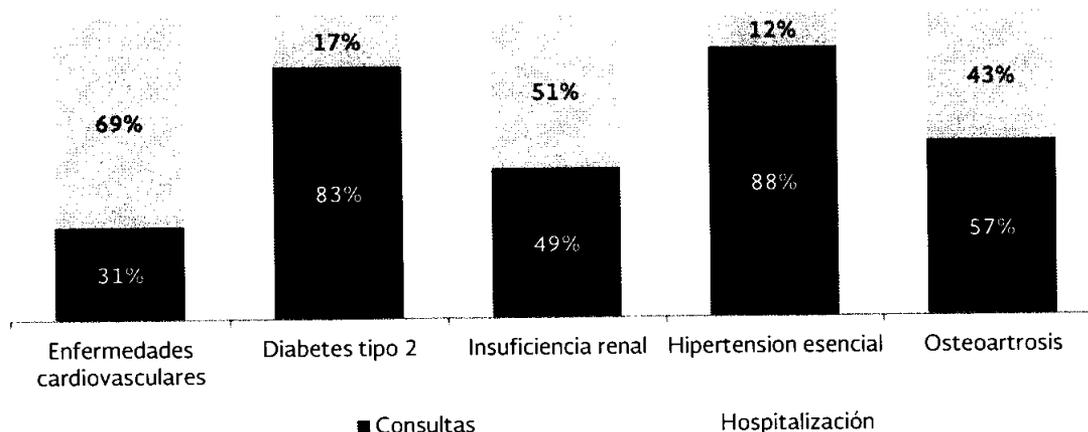
Tabla 14. Consultas, egresos hospitalarios y estimación del gasto médico por componente, 2012

Padecimiento	Casos (miles)		Gasto médico (millones de pesos del 2013)		
	Consultas estimadas	Egresos hospitalarios	Gasto en consultas	Gasto Hospitalario	Total
Enfermedades cardiovasculares	1,062	17	999.5	2,260.1	3,259.6
Diabetes tipo 2	2,051	14	1,929.3	401.3	2,330.6
Insuficiencia renal crónica	1,136	17	1,069.2	1,111.6	2,180.9.3
Hipertensión arterial	1,285	3	1,208.7	161.4	1,370.1
Osteoartrosis	271	4	255.6	189.4	445.1
Total	5,807	55	5,462.4	4,124.0	9,586.5

Fuente: Subdirección de Aseguramiento de la Salud, ISSSTE.

La Gráfica 18 muestra la estructura del gasto médico estimado para cada padecimiento y diferencia el gasto por hospitalización y por consultas. Las enfermedades cardiovasculares e insuficiencia renal presentan mayor proporción del gasto por hospitalización, mientras que la diabetes tipo 2, la hipertensión arterial y la osteoartrosis concentran la mayor parte del gasto en consultas médicas.

Gráfica 18. Estimación de la estructura del gasto médico por padecimiento, 2012



Fuente: Subdirección de Aseguramiento de la Salud, ISSSTE.

Las proyecciones del gasto médico de estos cinco padecimientos se realizaron asumiendo que los programas preventivos implementados en el ISSSTE no alterarán las tasas de morbilidad y/o mortalidad actuales. Así, el número de consultas, egresos hospitalarios y muertes sólo se incrementarán en función del crecimiento demográfico.

La Tabla 15 muestra las proyecciones hasta 2050 del gasto médico que se destinará a la atención de las enfermedades de alto impacto financiero, el cual crecerá a una tasa real anual promedio de 2.7%¹².

Tabla 15. Proyecciones de consultas, egresos hospitalarios y gasto médico por componente, 2012-2050

Padecimiento	Año	Servicios (miles)		Gasto (millones de pesos 2013)		
		Consultas	Egresos	Consultas	Hospitalización	Total
Enfermedades cardiovasculares	2012	1,062	17	999	2,260	3,259
	2020	1,220	20	1,301	2,979	4,280
	2030	1,434	24	1,683	3,966	5,649
	2040	1,649	28	2,129	5,121	7,250
	2050	1,863	32	2,647	6,468	9,115
Diabetes tipo 2	2012	2,051	14	1,929	401	2,330
	2020	2,167	15	2,310	514	2,824

¹² Para las proyecciones se asume que el costo unitario de cada enfermedad aumente a una tasa anual real de 4.0%.

Padecimiento	Año	Servicios (miles)		Gasto (millones de pesos 2013)		
		Consultas	Egresos	Consultas	Hospitalización	Total
Insuficiencia renal	2030	2,323	15	2,726	580	3,305
	2040	2,479	16	3,200	653	3,853
	2050	2,635	16	3,743	735	4,478
	2012	1,136	17	1,069	1,111	2,180
	2020	1,544	24	1,646	1,837	3,483
	2030	2,006	31	2,353	2,645	4,998
	2040	2,467	39	3,186	3,596	6,782
Hipertensión arterial	2050	2,929	46	4,161	4,712	8,873
	2012	1,285	3	1,208	161	1,369
	2020	1,260	3	1,343	213	1,556
	2030	1,273	4	1,493	251	1,744
	2040	1,283	4	1,656	291	1,947
Osteoartrosis	2050	1,290	4	1,833	333	2,166
	2012	271	4	255	189	444
	2020	363	5	387	307	694
	2030	471	7	552	437	990
	2040	578	8	747	591	1,338
Total	2050	686	10	975	771	1,746
	2012	5,805	55	5,462	4,124	9,586
	2020	6,554	67	6,988	5,850	12,837
	2030	7,507	81	8,807	7,879	16,687
	2040	8,456	95	10,918	10,252	21,170
	2050	9,403	108	13,360	13,019	26,379

Fuente: Subdirección de Aseguramiento de la Salud, ISSSTE.

El Instituto puso en marcha una estrategia en la detección de grupos de riesgo para enfermedades crónico-degenerativas mediante el programa “PREVENISSSTE, Cerca de Ti”. El objetivo del programa es reducir los factores de riesgo que originan la aparición de enfermedades crónicas degenerativas y, en caso de existir un diagnóstico sobre la aparición de la enfermedad, detener su avance y atenuar las consecuencias.

El programa proporciona recomendaciones a los derechohabientes a partir de la participación en una serie de evaluaciones, enfocadas a conocer el estado de salud sobre adicciones, hipertensión, cáncer, influenza, diabetes tipo 2 y salud cardíaca. Sin embargo, la prestación de los servicios del programa PREVENISSSTE está limitada a la derechohabiencia que acude directamente a los centros de salud y que accede a la página de internet del ISSSTE. En este sentido, es necesario que se fortalezcan las actividades

2013

preventivas en los centros de trabajo para disminuir la incidencia y prevalencia de estos padecimientos.

Gastos del seguro superiores a las provisiones actuariales

Desde un punto de vista operativo, los tres grupos del Seguro de Salud funcionan de manera integral, es decir no se hace distinción en el financiamiento de los recursos y pagos por asegurados. Lo anterior ha ocasionado que el déficit del grupo de pensionados vigentes al 31 de marzo de 2007 y sus familiares derechohabientes sea financiado con los recursos provenientes de las otras dos vertientes. Tal situación se ha venido presentando, a pesar de que la Ley establece claramente las cuotas y aportaciones de cada una de los segmentos.

Aunado a lo anterior, se estima que con el nivel de cuotas y aportaciones vigentes, habrá insuficiencia de recursos en el mediano plazo para cumplir con las obligaciones establecidas en la vertiente de pensionados a partir del 1 de abril de 2007 y serán necesarios recursos adicionales al flujo de gasto de los pensionados anteriores a la reforma.

Con la reforma a la Ley del ISSSTE, la prima legal total para servicios médicos equivale a 15.38% del sueldo básico incluyendo la cuota social.

Vale la pena recordar que la reforma a la Ley del ISSSTE de 2007 llevó las cuotas y aportaciones al nivel recomendado en la última valuación actuarial disponible¹³, por arriba de 14.10%¹⁴ del sueldo básico de los trabajadores. Sin embargo, este incremento en las cuotas y aportaciones resultó insuficiente, dado que el aumento observado del gasto ha sido mayor a lo previsto, por lo que se requiere establecer mecanismos adecuados para su control.

Es importante señalar que el cálculo actuarial asume una serie de hipótesis y supuestos que son congruentes con la información histórica del Instituto, a fin de reflejar lo mejor

¹³Valuación Actuarial y Financiera al 31 de diciembre de 2006. Incremento en cuotas y aportaciones para devolver la suficiencia financiera al seguro durante un período de 10 años.

¹⁴Con base en los resultados revelados en la VFA al 31 de diciembre de 2006, el 4% de las pensiones equivalía aproximadamente a 1.2% del sueldo de los trabajadores activos en un horizonte de 10 años.

posible el comportamiento futuro de los factores. Con base en lo anterior, la Tabla 16 muestra los cálculos actuariales para el Seguro de Salud arrojan los siguientes periodos de suficiencia:

Tabla 16. Periodos de suficiencia por vertiente del Seguro de Salud

Concepto	Análisis integral	Vertiente de trabajadores y sus familiares derechohabientes	Vertiente de pensionados y sus familiares derechohabientes al 31 de marzo de 2007	Vertiente de pensionados y familiares derechohabientes a partir del 1 de abril de 2007
Suficiencia de cuotas y aportaciones sin considerar reservas	0 años	7 años	0 años	1 año
Suficiencia de cuotas y aportaciones con reservas	6 años	17 años	0 años	11 años
Prima de equilibrio 20 años	17.93%	13.14%	1.75%	3.03%

Fuente: Cálculos actuariales al 31 de diciembre de 2012, ISSSTE.
 Nota: Incluye cuota social.

Sensibilizando el incremento en el gasto promedio anual de salud del Instituto bajo dos escenarios: I) considerando un aumento de 3% y II) suponiendo 5% adicional al supuesto utilizado, los periodos de suficiencia del Seguro de Salud se muestran en las Tablas 17 y 18, respectivamente.

Tabla 17. Periodos de suficiencia por vertiente del Seguro de Salud. Escenario I

Concepto	Análisis integral	Vertiente de trabajadores y sus familiares derechohabientes	Vertiente de pensionados y sus familiares derechohabientes al 31 de marzo de 2007	Vertiente de pensionados y familiares derechohabientes a partir del 1 de abril de 2007
Suficiencia de cuotas y aportaciones sin considerar reservas	0 años	3 años	0 años	1 año
Suficiencia de cuotas y aportaciones con reservas	5 años	7 años	0 años	10 años

2013

Capítulo III

Concepto	Análisis integral	Vertiente de trabajadores y sus familiares derechohabientes	Vertiente de pensionados y sus familiares derechohabientes al 31 de marzo de 2007	Vertiente de pensionados y familiares derechohabientes a partir del 1 de abril de 2007
Prima de equilibrio 20 años	20.34%	14.81%	1.94%	3.59%

Fuente: Cálculos actuariales al 31 de diciembre de 2012, ISSSTE.
Nota: Incluye cuota social.

Tabla 18. Periodos de suficiencia por vertiente del Seguro de Salud. Escenario II

Concepto	Análisis integral	Vertiente de trabajadores y sus familiares derechohabientes	Vertiente de pensionados y sus familiares derechohabientes al 31 de marzo de 2007	Vertiente de pensionados y familiares derechohabientes a partir del 1 de abril de 2007
Suficiencia de cuotas y aportaciones sin considerar reservas	0 años	1 años	0 años	1 año
Suficiencia de cuotas y aportaciones con reservas	4 años	4 años	0 años	9 años
Prima de equilibrio 20 años	25.24%	18.21%	2.33%	4.70%

Fuente: Cálculos actuariales al 31 de diciembre de 2012, ISSSTE.
Nota: Incluye cuota social.

De acuerdo con los resultados presentados, las cuotas y aportaciones requeridas para mantener la suficiencia del seguro de salud a 20 años, deben ser de 20.34% y 25.24% del sueldo básico para el escenario I y II, respectivamente. Estas primas consideran la cuota social.

2013

Se concluye que es necesario realizar ajustes en las cuotas y aportaciones, así como un monitoreo constante a las políticas operativas, en función de los recursos financieros disponibles para generar ahorro y contener el crecimiento del gasto de salud en el corto, mediano y largo plazo.

Será necesario formar grupos multidisciplinarios que promuevan mejores prácticas de administración en salud, sin perder de vista el impacto social. Esto implicará cambios a

procesos administrativos y operativos en el Instituto. Asimismo, se requiere hacer partícipes y corresponsables a los derechohabientes en el proceso de prevención mediante mecanismos de autocuidado de la salud.

Consideraciones

El análisis del Seguro de Salud revela que para el mediano y largo plazo se debe disminuir la prevalencia de enfermedades de alto impacto financiero, por lo que es necesario implementar políticas públicas que involucren la participación ciudadana en la concientización de la prevención y promoción de la salud. Tal y como se establece en el Plan Nacional de Desarrollo en la estrategia que delinea acciones de protección, promoción y prevención para el mejoramiento de la salud.

Paralelamente, la presente administración deberá atender el financiamiento de corto plazo del Seguro de Salud. Por lo anterior la alternativa es: incrementar las cuotas y aportaciones o continuar con las transferencias del Gobierno Federal.

Por su parte el Instituto está analizando las vías para racionalizar los costos de atención médica. Por ejemplo, se está extendiendo el uso de medicamentos genéricos, debido a que el rubro de medicamentos tiene un impacto importante en el gasto total. Adicionalmente, las mejoras a los mecanismos de adquisición, abasto y distribución se encuentran en proceso de análisis.

CAPÍTULO IV

SEGURO DE INVALIDEZ Y VIDA Y RIESGOS DEL TRABAJO



ISSSTE

Seguros de Invalidez y Vida y Riesgos del Trabajo

Los Seguros de Invalidez y Vida y Riesgos del Trabajo tienen como objetivo proteger el ingreso de los trabajadores y sus familias en caso de accidentes, enfermedades o muerte. El primero cubre los incidentes ajenos al trabajo y el segundo las eventualidades que ocurran con motivo del ejercicio del trabajo del asegurado.

En el Seguro de Riesgos del Trabajo, el empleador asume en su totalidad la responsabilidad del riesgo, de ahí que los aportes sean sólo patronales y no se requiera un mínimo de años cotizados. El Seguro de Invalidez y Vida, en cambio, se financia con aportes patronales y cuotas del trabajador. Derivado de lo anterior, la Ley los considera seguros independientes con beneficios y reservas propias para cada uno.

Con todo, el diseño financiero de ambos seguros guarda muchas similitudes: las cuotas y aportaciones de trabajadores, entidades y dependencias financian, principalmente, el costo del monto constitutivo destinado a la adquisición de un seguro de pensión, de acuerdo con la mecánica y normatividad establecidas por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas (CNSF).

Dadas estas coincidencias, se presenta la información financiera y actuarial de estos seguros en un capítulo integrado, con el fin de facilitar la discusión de los riesgos detectados en ambos.

Estado de actividades

Para el Seguro de Riesgos del Trabajo, las dependencias y entidades aportan 0.75% del sueldo básico del trabajador. En tanto que, para el Seguro de Invalidez y Vida, los trabajadores contribuyen con una cuota que corresponde a 0.625% de su sueldo básico, mientras que las dependencias y entidades aportan la misma cantidad. El pago de las

Capítulo IV

obligaciones de ambos seguros se realiza con cargo a sus correspondientes Reservas Financieras y Actuariales, las cuales son de carácter operativo.

Además del pago de las prestaciones, los ingresos antes referidos deben cubrir los gastos corrientes de ambos seguros, tales como los servicios de personal, materiales y suministros, entre otros conceptos que permiten su operación.

Con la reforma a la Ley del ISSSTE de 2007 se agruparon 21 seguros, servicios y prestaciones¹⁵ otorgados por el Instituto en 4 seguros y un rubro de servicios sociales y culturales. Esta agrupación ha planteado retos importantes desde el punto de vista contable y presupuestal, sobre todo en la distribución por seguro de los gastos comunes.

Esta situación ha generado que los gastos administrativos de los seguros varíen de manera importante entre una valuación actuarial y otra, impactando en los años de suficiencia de los seguros. En este sentido, el Instituto está trabajando para que la distribución de gastos comunes se realice en función de los objetivos de cada seguro. Se espera que, a partir del siguiente año, dichos conceptos tengan una menor variación.

La Tabla 19 muestra las cifras de ingreso - gasto del Seguro de Riesgos del Trabajo para los ejercicios 2008 al 2012. Destaca que, en el ejercicio 2012, los ingresos por 2,154 mdp no alcanzaron a cubrir los gastos e incrementos a reservas de 2,416 mdp, lo que arrojó un déficit de 262 mdp. Es importante señalar que, en ese año, la Reserva de Operación para Contingencias y Financiamiento de este seguro tuvo un incremento de 1,396 mdp, para hacer frente al compromiso de devolver a la SHCP las cuotas y aportaciones de acuerdo con el Artículo Décimo Noveno Transitorio de la Ley del ISSSTE.

2013

¹⁵La Ley del ISSSTE de 1983 establecía 21 Seguros, Prestaciones y Servicios: Medicina Preventiva, Seguro de Enfermedades y Maternidad, Seguro de Rehabilitación Física y Mental, Servicio de Atención para el Bienestar y Desarrollo Infantil, Servicios que contribuyen a mejorar la calidad de vida, Servicios Turísticos, Actividades Culturales, Sociales y Recreativas, Seguro de Riesgo en el Trabajo, Seguro de Jubilación, Seguro de Retiro por Edad y Tiempo de Servicio, Seguro de Invalidez, Seguro por Causa de Muerte, Seguro de Cesantía en Edad Avanzada, Indemnización Global, Arrendamiento o Venta de Habitaciones Económicas, Préstamo Hipotecario y Financiamiento para Vivienda, Préstamo a Mediano Plazo, Préstamo a Corto Plazo, Sistema de Ahorro para el Retiro S.A.R, Servicio Integral de Retiro a Jubilados y Pensionados y Servicios Funerarios.

Tabla 19. Estado de actividades del Seguro de Riesgos del Trabajo (millones de pesos)

Concepto	2008	2009	2010	2011	2012
Ingresos					
Cuotas y aportaciones	1,461	1,635	1,729	1,859	1,969
Cuotas					
Aportaciones	1,461	1,635	1,729	1,859	1,969
Cuota Social					
Otros ingresos	18	46	38	72	185
Intereses sobre inversión en valores	15	42	33	61	177
Otros ingresos	4	4	5	11	8
Intereses sobre préstamos	-	-	-	-	-
Prestación de servicios	-	-	-	-	-
Total de ingresos	1,479	1,681	1,767	1,931	2,154
Gastos					
Gasto corriente	161	331	301	259	235
Servicios de personal	73	227	124	113	107
Materiales y suministros	13	14	79	9	8
Servicios generales	75	89	97	136	120
Gastos financieros	1	1	1	1	-
Prov. económicas ayudas otras erogaciones	-	-	-	-	-
Otros gastos	159	537	792	678	2,181
Depreciaciones	7	25	-	8	47
Otros gastos	-	-	-	1	639
Gastos vivienda financiamiento y obra pública	-	-	-	-	-
Incremento a Reserva financiera y actuarial	152	168	318	248	99
Incremento a Reserva de operación para contingencias y financiamiento	-	299	383	421	1,396
Incremento a Reserva general financiera y actuarial	-	45	91	-	-
Total de gastos	320	868	1,093	937	2,416
Ingresos menos gastos	1,159	813	674	994	-262

Fuente: IFA del periodo 2008-2011 y estado de actividades por fondo al 31 de diciembre de 2012.

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

La Tabla 20 presenta, para el Seguro de Invalidez y Vida, las cifras de ingreso - gasto de los ejercicios 2008 al 2012. En ella se resalta que, para el ejercicio 2012, los ingresos por 3,432 mdp cubrieron los gastos e incrementos a las reservas de 3,356 mdp, lo que arrojó un remanente de 76 mdp. Es conveniente señalar que, en ese año, la Reserva de Operación para Contingencias y Financiamiento tuvo un incremento de 2,371 mdp, a fin

Capítulo IV

de hacer frente al compromiso de devolver a la SHCP las cuotas y aportaciones, de acuerdo al Artículo Décimo Noveno Transitorio de la Ley del ISSSTE.

Tabla 20. Estado de actividades del Seguro de Invalidez y Vida (millones de pesos)

Concepto	2008	2009	2010	2011	2012
Ingresos					
Cuotas y aportaciones	2,501	2,790	2,961	3,173	3,370
Cuotas	1,297	1,425	1,514	1,618	1,723
Aportaciones	1,205	1,365	1,447	1,555	1,647
Cuota Social	-	-	-	-	-
Otros ingresos	24	46	57	90	62
Intereses sobre inversión en valores	19	40	49	72	48
Otros ingresos	5	6	8	18	14
Intereses sobre préstamos	-	-	-	-	-
Prestación de servicios	-	-	-	-	-
Total de ingresos	2,525	2,836	3,018	3,263	3,432
Gastos					
Gasto corriente	320	474	415	441	471
Servicios de personal	145	267	203	154	212
Materiales y suministros	26	28	11	16	20
Servicios generales	148	177	198	269	239
Gastos financieros	1	2	2	2	-
Prov. económicas ayudas otras erogaciones	-	-	1	-	-
Otros gastos	424	830	971	920	2,885
Depreciaciones	14	50	1	17	94
Otros gastos	-	-	-	1	251
Gastos vivienda financiamiento y obra pública	-	-	-	-	-
Reserva financiera y actuarial	410	436	496	481	169
Reserva de operación para contingencias y financiamiento	-	299	383	421	2,371
Reserva general financiera y actuarial	-	45	91	-	-
Total de gastos	745	1,304	1,386	1,361	3,356
Ingresos menos gastos	1,780	1,532	1,632	1,902	76

Fuente: IFA del periodo 2008-2011 y estado de actividades por fondo al 31 de diciembre de 2012.

Proyecciones Financieras

De las proyecciones del Seguro de Riesgos del Trabajo que se presentan en la Tabla 21 se estima que la aportación de 0.75% del sueldo básico que establece la Ley es suficiente

para mantener el equilibrio a 100 años sin requerir de la aplicación de la reserva financiera y actuarial acumulada.

**Tabla 21. Proyecciones financieras del Seguro de Riesgos del Trabajo
(millones de pesos constantes al 31 de diciembre de 2012)**

Año	Ingreso	Gasto 1/	Ingreso menos gasto 2/	Saldo en reserva al inicio del año 3/	Recursos adicionales
2013	792	700	92	9	0
2014	862	774	87	9	0
2015	947	843	103	9	0
2016	1,019	923	96	9	0
2017	1,109	991	118	10	0
2018	1,184	1,074	110	10	0
2019	1,281	1,143	138	10	0
2020	1,361	1,228	133	11	0
2021	1,465	1,300	164	11	0
2022	1,548	1,390	159	11	0
2023	1,651	1,461	190	12	0
2024	1,732	1,546	186	12	0
2025	1,834	1,613	221	12	0
2030	2,282	1,958	324	14	0
2040	3,188	2,585	603	19	0
2050	3,774	2,945	829	26	0
2060	4,217	3,295	922	34	0
2070	4,699	3,696	1,003	46	0
2080	5,253	4,134	1,119	62	0
2090	5,867	4,596	1,271	83	0
2100	6,534	5,134	1,399	112	0
2110	7,289	5,745	1,544	151	0

Fuente: Cálculos actuariales al 31 de diciembre de 2012, ISSSTE.

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

2/ Los sobrantes de ingreso menos gasto contribuyen a constituir las demás reservas del Instituto (reserva de operación para contingencias y financiamiento y reserva general financiera y actuarial).

3/ El saldo en la reserva financiera y actuarial incluye los intereses generados por la misma.

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

El balance actuarial es un mecanismo para medir la solvencia del seguro y es a partir de este que se determina la prima de equilibrio de largo plazo requerida para hacer frente a

2013

Capítulo IV

las obligaciones. El activo lo conforman el valor presente de los recursos con que cuenta el seguro y la reserva constituida, mientras que el pasivo está conformado por el valor presente de los gastos e incremento a las reservas. El déficit o superávit indica si los activos cubren los pasivos o si son insuficientes.

La Tabla 22 presenta el balance actuarial para el Seguro de Riesgos del Trabajo destacando lo siguiente:

- El superávit actuarial se estima en 0.01% del sueldo básico de los trabajadores cotizantes.
- El pasivo representa 0.79% de los salarios de cotización que se conforma con el costo de los beneficios por 0.53%, 0.12% de gastos de administración y 0.15% de incremento a la reserva de operación para contingencias y financiamiento y la reserva general financiera y actuarial menos otros ingresos. Este pasivo es financiado con 0.75% de aportaciones más 0.05% de otros ingresos, lo que explica el superávit actuarial de 0.01%.

Tabla 22. Balance actuarial al 31 de diciembre de 2012 del Seguro de Riesgos del Trabajo

Concepto	Millones de pesos	% de salarios
Activos		
Reserva financiera y actuarial	9	0.00007%
Cuotas	0	0.00000%
Aportaciones	86,672	0.75007%
Otros ingresos	6,284	0.05438%
Total activo	92,965	0.80453%
Pasivos		
Incapacidad		
Monto constitutivo	44,977	0.38924%
Total invalidez	44,977	0.38924%
Viudez		
MC de muerte de trabajador	12,636	0.10935%

2013

Concepto	Millones de pesos	% de salarios
MC de muerte de pensionado incapacitado	2,608	0.02257%
Orfandad		
MC de muerte de trabajador	478	0.00413%
MC de muerte de pensionado incapacitado	44	0.00038%
Total muerte	15,766	0.13644%
Gasto de administración	13,637	0.11802%
Incremento posible a otras reservas 1/	16,943	0.14663%
Total de pasivos	91,324	0.79033%
Superávit /Déficit	1,641	0.01420%

Fuente: Cálculos actuariales al 31 de diciembre de 2012. ISSSTE.

Notas: 1/ Considera el incremento a la reserva de operación para contingencias y financiamiento y a la reserva general financiera y actuarial.

MC: Monto constitutivo.

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

Las proyecciones de la Tabla 23 del Seguro de Invalidez y Vida destacan lo siguiente:

- Las cuotas y aportaciones de 1.25% del sueldo básico asignadas para financiar este seguro cubren los gastos que se derivan de las prestaciones establecidas y el gasto corriente para este seguro en un horizonte de cinco años (2013-2017) sin necesidad de hacer uso de la reserva.
- En caso de aplicar los recursos de la reserva financiera y actuarial, se estima que el periodo de suficiencia del seguro sea de 11 años, por lo que se requeriría de recursos adicionales a partir del año 2024.

Tabla 23. Proyecciones financieras del Seguro de Invalidez y Vida (millones de pesos constantes al 31 de diciembre de 2012)

Año	Ingreso	Gasto 1/	Ingreso menos gasto 2/	Saldo en reserva al inicio del año 3/	Recursos adicionales
2013	1,319	1,021	298	566	0
2014	1,436	1,183	253	673	0
2015	1,578	1,482	95	844	0
2016	1,698	1,616	82	905	0
2017	1,849	1,805	44	959	0
2018	1,973	1,983	-10	1,016	0

2013

Capítulo IV

Año	Ingreso	Gasto 1/	Ingreso menos gasto 2/	Saldo en reserva al inicio del año 3/	Recursos adicionales
2019	2,134	2,194	-59	1,036	0
2020	2,269	2,396	-127	1,007	0
2021	2,441	2,629	-188	908	0
2022	2,580	2,850	-270	745	0
2023	2,752	3,104	-352	493	0
2024	2,887	3,346	-459	153	306
2025	3,056	3,626	-570	0	570
2030	3,804	5,067	-1,264	0	1,264
2040	5,313	8,498	-3,185	0	3,185
2050	6,289	11,153	-4,863	0	4,863
2060	7,028	12,475	-5,447	0	5,447
2070	7,832	13,778	-5,946	0	5,946
2080	8,754	15,487	-6,733	0	6,733
2090	9,778	17,552	-7,774	0	7,774
2100	10,889	19,478	-8,589	0	8,589
2110	12,148	21,683	-9,535	0	9,535

Fuente: Cálculos actuariales al 31 de diciembre de 2012, ISSSTE.

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

2/ Los sobrantes de ingreso menos gasto contribuyen a constituir las demás reservas de Instituto (reserva de operación para contingencias y financiamiento y reserva general financiera y actuarial).

3/ El saldo en la reserva financiera y actuarial incluye los intereses generados por la misma.

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

Del balance actuarial del Seguro de Invalidez y Vida que se muestra en la Tabla 24 se destaca lo siguiente:

- Para garantizar la cobertura de los gastos de este seguro en un horizonte de 100 años, se necesita una prima adicional de 0.87% del sueldo básico de los trabajadores cotizantes. Esto significa que las cuotas y aportaciones deben pasar de 1.25% a 2.12% del sueldo básico de los trabajadores.
- El déficit actuarial del Seguro de Invalidez y Vida se estima en 0.78% del sueldo básico de los trabajadores.

2013

Tabla 24. Balance actuarial al 31 de diciembre de 2012 del Seguro de Invalidez y Vida, considerando 100 años de proyección

Concepto	Millones de pesos	% de salarios
Activos		
Reserva financiera y actuarial	566	0.005%
Cuotas	72,227	0.625%
Aportaciones	72,227	0.625%
Otros ingresos	10,673	0.092%
Total activo	155,693	1.347%
Pasivos		
Invalidez		
Flujo pensiones temporales	8,879	0.077%
Monto constitutivo	25,486	0.221%
Gasto de funeral por muerte de inv. Temporal	84	0.001%
<i>Total invalidez</i>	<i>34,449</i>	<i>0.298%</i>
Viudez		
MC de muerte de trabajador	161,281	1.396%
MC de muerte de pensionado inválido	12,710	0.110%
MC de muerte de pensionado incapacitado causa ajena a Riesgos del Trabajo	10,642	0.092%
Orfandad		
MC de muerte de trabajador	2,948	0.026%
MC de muerte de pensionado inválido	167	0.001%
MC de muerte de pensionado incapacitado causa ajena a Riesgos del Trabajo	180	0.002%
Total vida	187,929	1.626%
Gasto de administración	22,579	0.195%
Incremento posible a otras reservas 1/	426	0.004%
Total de pasivos	245,383	2.124%
Superávit /Déficit	-89,690	-0.78%

Fuente: Cálculos actuariales al 31 de diciembre de 2012, ISSSTE.

Nota: 1/ Considera el incremento a la reserva de operación para contingencias y financiamiento y a la reserva general financiera y actuarial.

MC: Monto constitutivo.

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

Riesgos

A fin de garantizar el pago de beneficios en estos seguros se utilizan los seguros de pensiones. El proceso es el siguiente: la compañía de seguros recibe un monto constitutivo por parte del Instituto y, a cambio, se obliga a pagar periódicamente una pensión hasta los 65 años, además de cubrir las cuotas y aportaciones correspondientes al Seguro de Retiro, Cesantía en Edad Avanzada y Vejez. Existen dos factores que influyen de forma importante en el costo de estos seguros:

Capítulo IV

- La tasa de referencia que las compañías estiman obtener en el largo plazo, dado que a mayor tasa, el monto constitutivo requerido será menor.
- La mortalidad, pues con base en ésta, la compañía calcula el valor presente de los pagos esperados, con lo que se determina el monto constitutivo que debe ser suficiente para pagar la pensión durante la vigencia del seguro.

La tasa de referencia determina el rendimiento de las reservas de los seguros de pensiones, lo que incide directamente en el cálculo de montos constitutivos y, en consecuencia, en la solvencia de los Seguros de Invalidez y Vida y de Riesgos del Trabajo.

Cabe señalar que esta tasa ha experimentado disminuciones considerables a partir del último semestre del 2012, como resultado del entorno económico actual. Esta disminución puede observarse a través de las publicaciones de la CNSF. De acuerdo con ellas, durante el periodo del 14 de agosto al 9 de septiembre del 2009 existía una tasa de referencia de 3.7%. Para el 4 de febrero de 2013, la de referencia cayó hasta 1.49%. Lo anterior permite observar una disminución de 221 puntos base para la tasa de referencia.

La disminución de la tasa de referencia constituye un foco rojo para los seguros, ya que genera un impacto considerable en los montos constitutivos que se requieren para comprar las rentas y seguros de sobrevivencia a las aseguradoras. Por ejemplo, si la tasa de referencia fuera de 1.5% real anual, en lugar de 2.75% empleado en las proyecciones financieras y actuariales mencionadas con anterioridad, el periodo de suficiencia del Seguro de Riesgos del Trabajo disminuiría de 100 a 84 años en el escenario de consumir las reservas. En caso de que la tasa alcanzará niveles de 1.0%, el seguro acabaría con sus reservas desde el primer año de proyección, por lo que a partir de 2013 sería necesario contar con recursos adicionales para hacer frente a sus obligaciones.

Para el caso del Seguro de Invalidez y Vida, si la tasa de referencia fuera de 1.5% real anual, en lugar de 2.75% empleado en las proyecciones financieras y actuariales, su periodo de suficiencia disminuiría de 11 a 3 años en el escenario de consumir las reservas. En caso de que la tasa alcanzará niveles de 1.0%, el seguro acabaría con sus reservas en

2013

un periodo de 2 años, por lo que en 2015 sería necesario contar con recursos adicionales para hacer frente a las obligaciones del seguro.

Las tablas 25 y 26 presentan el impacto de las tasas de referencia en el costo para el Instituto de los montos constitutivos. El análisis demuestra que, a menores niveles de tasa, el monto constitutivo requerido para el pago de la pensión conforme a la Ley se incrementa de forma considerable.

Tabla 25. Impacto de tasa de referencia y mortalidad para la determinación de montos constitutivos de Riesgos del Trabajo (incapacidad-mujeres)

Edad del trabajador	Salario Promedio	Monto constitutivo requerido		
		Tasa 2.75%	Tasa 1.5%	Tasa 1.0%
35 años	9,061	2,708,558	3,168,045	3,385,239
50 años	9,061	1,641,159	1,779,577	1,840,100
60 años	9,061	619,701	635,108	641,484

Fuente: Cálculos de Lockton México Agente de Seguros y de Fianzas S.A de .C.V. con información del Instituto.
 Nota: La tabla de mortalidad utilizada para el cálculo es EMSSInv-ISSSTE-CMG-2012.
 Cifras en pesos.

Tabla 26. Impacto de tasa de referencia y mortalidad para la determinación de montos constitutivos de Invalidez y Vida (invalidez-mujeres)

Edad del trabajador	Salario Promedio	Monto constitutivo requerido		
		Tasa 2.75%	Tasa 1.5%	Tasa 1.0%
35 años	3,171	741,719	851,919	903,520
50 años	3,171	502,640	542,474	559,853
60 años	3,171	207,919	212,979	215,073

Fuente: Cálculos de Lockton México Agente de Seguros y de Fianzas S.A de .C.V. con información del Instituto.
 Nota: La tabla de mortalidad utilizada para el cálculo es EMSSInv-ISSSTE-CMG-2012.
 Cifras en pesos.

Consideraciones

En este capítulo se ha resaltado que el nivel del monto constitutivo con el que se adquieren los seguros de pensiones es un factor esencial para determinar la solvencia financiera de ambos seguros. La experiencia reciente del mercado de seguros de pensiones indica que existen factores que inhiben la competencia del sector, lo cual repercute directamente en los gastos de los seguros.

Capítulo IV

De acuerdo con la CNSF, el número de compañías participantes en el mercado de rentas pasó de un máximo de 14 en el año 2000, a sólo 3 en 2012. Desde 2009, cuando entró en operación la estructura de mercado actual, la tasa ofrecida por las compañías ha sido la mínima permitida; es decir, la tasa de referencia publicada en el Diario Oficial de la Federación.

Con el objetivo de promover la competencia, la CNSF modificó la Circular Única de Seguros en noviembre de 2012, a fin de permitir la libre determinación de la tasa de descuento para los seguros de pensiones. La medida ya se implementó para los seguros de contribución definida, es decir, para los que otorgan beneficios derivados de los Seguros de Retiro, Cesantía en Edad Avanzada y Vejez.

En el caso de las pensiones de beneficio definido, como las que corresponden a los seguros de Invalidez y Vida y Riesgos del Trabajo, el Instituto está obligado con el derechohabiente a otorgarle el monto de pensión establecido en la Ley. Cabe señalar que al momento de analizar las distintas opciones el asegurado prácticamente es indiferente entre ellas. Esto puede implicar que el asegurado elija la compañía que es más cara, con lo cual se afecta a las finanzas del Instituto.

En razón de lo anterior, es indispensable que el Instituto cuente con las facultades necesarias para que, en el caso de las pensiones de beneficio definido, la pensión se otorgue a través de la compañía que requiera el monto constitutivo más bajo. Esto permitirá administrar de manera activa los pasivos del Instituto.

Por otro lado, como se explicó en el capítulo relativo al entorno económico, las tasas de interés se encuentran en niveles históricamente bajos, como consecuencia de la recesión financiera internacional. En ese sentido, el ciclo económico es un factor crucial para la determinación del monto constitutivo y este hecho no es tomado en cuenta por el mecanismo actual para elegir a la compañía que otorgará la pensión.

La circunstancia anterior hace necesario que se otorguen facultades para que el Instituto pueda reservarse por Ley la opción de entrar al mercado. Para ello se propone que, ante escenarios económicos adversos, las pensiones de beneficio definido que se hayan

2013

dictaminado como definitivas puedan seguirse pagando directamente por el Instituto en tanto se restablecen las condiciones económicas favorables para que se postulen dichas pensiones al mercado de rentas.

CAPÍTULO V

SERVICIOS SOCIALES Y CULTURALES



ISSSTE

Servicios Sociales y Culturales

La Ley señala que los servicios sociales y culturales que proporciona el ISSSTE al trabajador deberán contribuir al apoyo asistencial, la protección del poder adquisitivo, la orientación hacia patrones racionales y sanos de consumo, programas que tiendan a cuidar y fortalecer la salud mental, la integración familiar, social y el desarrollo futuro del derechohabiente.

Con el propósito de cumplir con las disposiciones mencionadas se han creado órganos administrativos desconcentrados como son SuperISSSTE y TurISSSTE para apoyar la adquisición de productos básicos y de consumo, y ofrecer servicios turísticos a precios accesibles. Además, el Instituto cuenta con servicios como las Estancias para el Bienestar y Desarrollo Infantil (EBDIS), servicios funerarios, así como programas culturales y de fomento deportivo.

Los ingresos de los servicios sociales y culturales están compuestos por una cuota a cargo de los trabajadores que corresponde a 0.5% del sueldo básico y una aportación a cargo de las dependencias y entidades del mismo monto. Las dependencias y entidades también cubren 50% del costo de las estancias infantiles. Adicionalmente, los órganos administrativos desconcentrados como SuperISSSTE y TurISSSTE registran como ingresos el importe de las ventas de los productos y los servicios que prestan, así como los apoyos financieros provenientes del Instituto.

El gasto para estos servicios está compuesto por sus obligaciones de acuerdo con lo definido en la Ley del ISSSTE, como son: el gasto corriente, el costo de venta por servicios turísticos, los gastos por SuperISSSTE (incluyendo el costo de la mercancía vendida), entre otros.

Estado de actividades

Como muestra la Tabla 27, en el año 2012, los ingresos de los Servicios Sociales y Culturales del Instituto ascendieron a 12,093 mdp, de los cuales 28% correspondieron a cuotas y aportaciones. Cabe mencionar que para ese mismo año no se presentaron apoyos por financiamiento y las ventas de SuperISSSTE mostraron una disminución importante con respecto a años anteriores.

Por otro lado, el gasto total 2012 fue de 14,199 mdp, y estuvo compuesto de la siguiente manera: gasto corriente que representó 40%, otros gastos que equivalen a 59%, y gasto de reservas con una participación de 1%. En el mismo año, no se ejercieron gastos financieros ni gastos por incrementos a la Reserva General Financiera y Actuarial.

En consecuencia, el déficit ascendió a 2,106 mdp, mismo que se incrementó en 19% respecto a 2011 y representó el segundo mayor déficit del periodo 2008-2012.

Tabla 27. Estado de actividades de los Servicios Sociales y Culturales (millones de pesos)

Concepto	2008	2009	2010	2011	2012
Ingresos					
Cuotas y aportaciones	2,065	2,849	2,939	3,236	3,396
Cuotas	1,070	1,144	1,211	1,293	1,378
Aportaciones	995	1,705	1,729	1,943	2,018
Otros ingresos	221	192	182	246	1,766
Intereses sobre inversión en valores	50	24	23	13	11
Otros ingresos	171	168	109	179	1,704
Intereses sobre préstamos	0	0	0	0	0
Prestación de servicios	0	0	50	54	51
Ingresos por prestación de servicios	11,677	13,371	13,540	11,165	6,931
Venta de bienes de SuperISSSTE	10,175	11,054	11,365	9,574	6,277
Ingresos por servicios turísticos (neto)	646	1,227	766	145	654
Apoyos por financiamiento	856	1,090	1,408	1,447	0
Total de ingresos	13,963	16,412	16,661	14,647	12,093
Costo					
Costo	9,534	11,014	11,084	8,666	5,990
Costo de venta de SuperISSSTE	8,966	9,919	10,428	8,588	5,452
Costo de venta de TurISSSTE	568	1,095	656	78	538

Concepto	2008	2009	2010	2011	2012
Gastos					
Gasto corriente	5,450	5,248	5,692	5,690	5,666
Servicios de personal	3,474	3,119	3,390	3,543	3,762
Materiales y suministros	251	315	484	370	176
Servicios generales	1,607	1,704	1,666	1,688	1,727
Gastos financieros	118	110	2	89	0
Prov. económicas ayudas otras erogaciones	0	0	150	0	0
Otros gastos	962	1,212	1,532	1,640	2,446
Depreciaciones	53	61	65	67	115
Otros gastos	907	1,150	1,467	1,572	2,331
Gastos vivienda financiamiento y obra pública	1	1	0	0	0
Gastos de reservas	0	344	474	421	98
Reserva de Operación para Contingencias y Financiamiento	0	299	383	421	98
Reserva General Financiera y Actuarial	0	45	91	0	0
Total de gastos y costos	15,946	17,818	18,782	16,416	14,199
Ingresos menos gastos y costos	-1,983	-1,406	-2,121	-1,769	-2,106

Fuente: Subdirección de Contaduría, estados de actividades del periodo 2008-2012, ISSSTE.

En la Tabla 28 se presentan las proyecciones financieras de 2013 a 2017 con la finalidad de mostrar el comportamiento esperado en el ingreso y gasto de los Servicios Sociales y Culturales.

Tabla 28. Proyecciones financieras de los Servicios Sociales y Culturales (millones de pesos constantes al 31 de diciembre de 2012)

Concepto	2013	2014	2015	2016	2017
Ingresos					
Cuotas y aportaciones	3,482	3,561	3,632	3,712	3,780
Cuotas	1,409	1,441	1,470	1,502	1,529
Aportaciones	2,073	2,120	2,163	2,210	2,251
Otros ingresos	10,947	11,198	11,421	11,672	11,885
Intereses sobre inversión en valores	44	45	46	47	47
Otros ingresos	605	619	632	646	657
Intereses sobre préstamos	-	-	-	-	-
Prestación de servicios	56	58	59	60	61
Venta de bienes de SuperISSSTE	8,353	8,544	8,715	8,906	9,069
Ingresos por servicios turísticos (neto)	783	801	817	835	850

2013

Capítulo V

Concepto	2013	2014	2015	2016	2017
Apoyos por financiamiento	1,106	1,131	1,154	1,179	1,201
Total de ingresos	14,428	14,759	15,054	15,384	15,665
Gastos	-	-	-	-	-
Gasto corriente	6,209	6,351	6,478	6,620	6,741
Servicios de personal	3,873	3,962	4,041	4,129	4,205
Materiales y suministros	377	386	394	402	410
Servicios generales	1,902	1,946	1,985	2,028	2,065
Gastos financieros	56	58	59	60	61
Otros gastos	1,915	1,958	1,997	2,041	2,079
Depreciaciones	86	88	90	92	94
Otros gastos	1,828	1,870	1,907	1,949	1,985
Gastos de obra pública en bienes propios.	0	0	0	0	0
Costo de venta de SuperISSSTE	7,399	7,568	7,719	7,889	8,033
Costo de venta de TurISSSTE	663	679	692	707	720
Total de gastos	16,185	16,556	16,887	17,257	17,573
Ingresos menos gastos	-1,757	-1,797	-1,833	-1,873	-1,907

Fuente: Cálculos actuariales al 31 de diciembre de 2012, ISSSTE.

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

Los puntos que se destacan son los siguientes:

- Se estima que durante el periodo 2013-2017, los ingresos no alcanzarán a cubrir los gastos. Esta tendencia se ha observado históricamente en los estados de actividades por fondo (2008 - 2012).
- Las cuotas y aportaciones asignadas para el financiamiento de estos servicios de 1% del sueldo básico se estiman insuficientes para cubrir los gastos, por lo que se requiere incrementar dicha prima en 1.65% sin considerar a SuperISSSTE y TurISSSTE.

2013

Estado de actividades SuperISSSTE

SuperISSSTE (antes Sistema Integral de Tiendas y Farmacias) se creó por decreto presidencial el 28 de diciembre de 1972, con el objeto de planear, normar, dirigir y realizar los programas y servicios de apoyo para la adquisición de productos básicos y de consumo para el hogar, medicamentos y material de curación a precios económicos.

En 2012, el Sistema Integral de Tiendas y Farmacias proporcionó servicios a través de 250 tiendas y 88 farmacias, distribuidas de la siguiente manera: 17 tiendas y 10 farmacias en el Distrito Federal y 233 tiendas y 78 farmacias en el resto de la República Mexicana.

La Tabla 29 muestra el estado de actividades correspondiente a 2011 y 2012, en donde se destaca que en 2012 se presentó un déficit de 540 mdp.

Tabla 29. Estado de actividades del SuperISSSTE (millones de pesos)

Concepto	2011	2012
Ingresos	9,574	6,277
Venta de bienes y servicios		
Ingresos por venta de bienes y servicios de organismos descentralizados (no empresariales y no financieras)	9,574	6,277
Costos	8,638	5,490
Costo de comercialización	8,638	5,490
Resultado bruto	936	787
Gastos de operación	2,270	2,305
Gastos de administración		
Servicios personales	1,398	1,483
Materiales y suministros	69	65
Servicios Generales	803	758
Resultados de Operación	-1,334	-1,519
Subsidios y transferencias		
Transferencias, asignaciones, subsidios y otras ayudas	1,381	1,525
Resultado después de aplicar los subsidios y transferencias corrientes	47	7
Resultado integral de financiamiento		
Intereses	2	1
Ingresos y gastos virtuales		
Otros ingresos virtuales	90	85
Otros gastos virtuales	53	632
Resultado del ejercicio	85	-540

Fuente: Estado de actividades del órgano administrativo desconcentrado SuperISSSTE dictaminado por Auditores Salles Sainz Grant Thornton.

Estado de actividades TurISSSTE

El Sistema de Agencias Turísticas (TurISSSTE) se creó por decreto presidencial el 28 de diciembre de 1972, con el objeto de planear, normar, dirigir y realizar los servicios

Capítulo V

turísticos que establece la Ley del ISSSTE para beneficio de sus derechohabientes. El 28 de abril de 1997 se volvió un órgano administrativo desconcentrado.

Para prestar este servicio, TurISSSTE cuenta con 36 agencias turísticas, distribuidas de la siguiente manera: 6 en el Distrito Federal, y 30 en el resto de la República Mexicana.

En la Tabla 30 que se presenta a continuación, se muestra el estado de actividades que generó dicho órgano para 2011 y 2012. Cabe destacar que en 2012, el resultado del ejercicio mostró un superávit de 94,782 miles de pesos. En ese mismo año se presentó un incremento en los ingresos de 80% respecto a 2011, debido principalmente a la reanudación¹⁶ de las ventas a las áreas del ISSSTE y dependencias gubernamentales.

Tabla 30. Estado de actividades del TurISSSTE (miles de pesos)

Concepto	2011	2012
Ingresos	130,219	658,646
Total de ingresos por servicios turísticos	127,102	654,181
Venta por servicios turísticos	78,110	578,066
Ingresos por comisión	48,992	76,115
Otros ingresos y gastos	32	41
Productos financieros	3,086	4,424
Gastos	169,119	636,450
Costo de ventas	68,140	538,122
Gastos de operación	10,373	3,193
Gasto corriente	89,868	94,406
Gastos financieros	322	310
Depreciación y actualización	416	418
Resultado por operaciones propias	-38,900	22,197
Apoyo por financiamiento en prestaciones	65,275	72,585
Resultado de ejercicio	26,374	94,782

Fuente: Estado de actividades generados por el órgano administrativo desconcentrado TurISSSTE.

2013

INFORME FINANCIERO Y ACTUARIAL

Estancias para el Bienestar y Desarrollo Infantil

A diferencia del TurISSSTE y del SuperISSSTE, que son órganos administrativos desconcentrados y tienen la obligación de reportar sus estados de actividades individuales, las EBDIS son un servicio cuya situación financiera se incluye en el estado de actividades global de Servicios Sociales y Culturales del ISSSTE.

¹⁶En 2011 se modificó el objeto para el desempeño de las funciones del TurISSSTE que le impidió realizar ventas al Gobierno Federal.

Para brindar este servicio, el Instituto contó en 2012 con 123 estancias propias en las que se atendieron a 24,159 niños y 120 estancias de participación social (subrogadas) que atendieron a 11,818 niños.

El total de niños atendidos en 2012 representa una disminución de 0.2% con relación al año anterior, debido al retraso de las estancias para atender solicitudes, pues no se cuenta con la capacidad operativa ni con personal de atención suficiente.

En cuanto a su ubicación, 49 de las 243 estancias con que cuenta el Instituto están localizadas en el Distrito Federal. Todas ellas son estancias propias. En el resto de la República, en cambio, se localizan las 120 estancias de participación social, y las 74 estancias propias restantes.

Las Tablas 31 y 32 muestran la población de niños atendida por las estancias para el bienestar y desarrollo infantil durante 2011 y 2012, así como la distribución geográfica de las estancias a nivel delegacional, destacando si se trata de estancias propias o subrogadas.

Tabla 31. Niños atendidos en las EBDIS, 2011 y 2012

Concepto	2011		2012		Variación % con relación a:	
	Cierre 2011	Meta Programada	Cierre 2012	Meta Programada	2011	
Total de Niños Atendidos	36,034	38,872	35,977		-7.45 %	-0.2 %

Fuente: Subdirección de Capacitación y Servicios Educativos, ISSSTE.

Tabla 32. Distribución de EBDIS por Delegación Institucional, 2012

Delegación	Propias	Subrogadas	Delegación	Propias	Subrogadas
Zona Sur, D.F.	18	0	Colima	2	4
Aguascalientes	3	12	Durango	3	3
Oaxaca	4	10	Guanajuato	5	1
Zona Norte, D.F.	14	0	Hidalgo	3	3
Coahuila	2	9	Michoacán	2	4
Chiapas	2	8	Estado México	0	4
Morelos	3	7	San Luis Potosí	1	3

2013

Capítulo V

Delegación	Propias	Subrogadas	Delegación	Propias	Subrogadas
Querétaro	2	8	Baja California Sur	2	1
Sonora	5	5	Guerrero	2	1
Jalisco	3	6	Quintana Roo	1	2
Sinaloa	4	5	Campeche	1	1
Zona Oriente, D.F.	9	0	Nayarit	2	0
Veracruz	2	6	Puebla	2	0
Zona Poniente, D.F.	8	0	Tabasco	1	1
Chihuahua	2	5	Tlaxcala	1	1
Nuevo León	2	5	Yucatán	2	0
Tamaulipas	4	3	Zacatecas	2	0
Baja California	4	2	Total	123	120

Fuente: Jefatura de Servicios de Estadística Institucional, ISSSTE.

El Instituto implementó un plan de mejora continua y prevención de protección civil, cumpliendo con la normativa federal, estatal y municipal mediante las siguientes acciones:

- **En el exterior:** Mapeo de ubicación de distancias con relación a gasolineras, fuentes de poder eléctrico, gaseras, establecimientos con solventes, pies de carretera, vías rápidas u otras que representen peligro, así como servicios de emergencia y unidades médicas, con sus respectivos tiempos de traslado.
- **En el interior:** Monitoreo permanente del estado que guardan las instalaciones eléctricas, extintores, instalación de gas, zonas de seguridad, señalizaciones, botiquín, cumplimiento a Lineamientos de Protección Civil municipales, estatales y federales.

2013

Es importante mencionar que en 2012 el Instituto decidió cerrar dos estancias en el Distrito Federal: la EBDI No. 39 (Regional Poniente) y la EBDI No. 53 (Regional Sur) con el objeto de salvaguardar la seguridad de los niños, trabajadores y derechohabientes, así como dar cumplimiento a lo establecido en materia de Protección Civil.

En los meses de julio y agosto de 2012, el ISSSTE destinó 17.95 mdp para llevar a cabo el Programa de Mantenimiento y Mejora a todos los inmuebles de las estancias propias. Este

programa tuvo la finalidad de dar cumplimiento a los Programas de Protección Civil. La Tabla 33 muestra cómo se distribuyeron estos recursos a nivel delegacional.

Tabla 33. Monto ejercido por Delegación Institucional en el programa de protección civil (millones de pesos)

Delegación	Presupuesto ejercido	Delegación	Presupuesto ejercido
Zona Sur, D.F.	2.71	Durango	0.3
Zona Norte, D.F.	2.1	Hidalgo	0.3
Zona Poniente, D.F.	1.2	Jalisco	0.3
Zona Oriente, D.F.	1.05	Michoacán	0.3
Guanajuato	0.82	Puebla	0.3
Tamaulipas	0.75	Querétaro	0.3
Sonora	0.72	Zacatecas	0.3
Oaxaca	0.64	Yucatán	0.28
Sinaloa	0.63	Baja California Sur	0.25
Baja California	0.58	Chiapas	0.22
Nuevo León	0.52	Tabasco	0.21
Aguascalientes	0.48	San Luis Potosí	0.19
Morelos	0.46	Campeche	0.17
Nayarit	0.36	Coahuila	0.15
Veracruz	0.31	Guerrero	0.15
Colima	0.3	Quintana Roo	0.15
Chihuahua	0.3	Tlaxcala	0.15
		Total	17.95

Fuente: Subdirección de Capacitación y Servicios Educativos, ISSSTE.

Por otra parte, durante 2012 el Instituto incrementó de 48 a 51, el número de EBDIS certificadas en la norma ISO 9001 – 2008. Las delegaciones que cuentan con Estancias Certificadas se enlistan en la Tabla 34:

Tabla 34. Delegaciones que cuentan con EBDIS certificadas

Delegación	Estancia número
Zona Norte D.F.	3,10,11,12,15,25,48,50,56,95 y 151
Zona Sur D.F.	2,8,14,24,26,40,44,47,96,97,98,107,111,117,118,153,154 y 157
Zona Oriente D.F.	6,7,43,45,83,101,125,141 y 152
Zona Poniente D.F.	16,27,41,46,135,155 y 156
Aguascalientes	102
Morelos	132

Delegación	Estancia número
Nuevo León	18
Yucatán	86
Zacatecas	23 y 134

Fuente: Subdirección de Capacitación y Servicios Educativos, ISSSTE.

Consideraciones

De acuerdo con CONAPO se estima que para el 2030, el número de adultos mayores de 60 años o más en nuestro país se habrá casi duplicado y alcanzará 20 millones de personas. Además de la presión que esto genera en materia de salud, existe una presión adicional relacionada con las diversas formas de discapacidad vinculadas al envejecimiento. En México y en particular en el ISSSTE, pronto enfrentaremos una insuficiencia de infraestructura y de capacidad asistencial.

A lo anterior hay que sumar la carencia de personal médico y paramédico especializado en temas geriátricos y el alto costo de los tratamientos asistenciales. Asimismo las tendencias demográficas ponen en relieve la falta de un programa público multidisciplinario de cuidados de largo plazo, diseñado específicamente para proveer servicios a los adultos mayores.

CAPÍTULO VI

RESERVAS



ISSSTE

Reservas

La Ley del ISSSTE señala, en el Artículo 232, que el Instituto debe constituir reservas y contabilizar la provisión y el respaldo financiero de las mismas, a fin de garantizar el pago de beneficios, así como la prestación de los servicios y seguros. Las reservas que el ISSSTE debe establecer son las siguientes:

- Reserva de Operación (RO): tiene el objetivo de financiar las operaciones e inversiones presupuestadas para cada ejercicio en todos los seguros y servicios del Instituto.
- Reserva de Operación para Contingencias y Financiamiento (ROCF): esta reserva busca enfrentar fluctuaciones adversas, aleatorias y de corto plazo en los ingresos y egresos, así como atender necesidades adicionales en materia de inversiones físicas y gastos no presupuestados ocasionados por desastres naturales. Además, proporciona apoyo de corto plazo para todos los seguros y coberturas.
- Reserva Financiera y Actuarial (RFA): el propósito de esta reserva es financiar el pago de los beneficios de los seguros y coberturas, además de estabilizar el flujo de efectivo de corto, mediano y largo plazos. Corresponde una reserva para los seguros de Salud, Invalidez y Vida y Riesgos del Trabajo.
- Reserva General Financiera y Actuarial (RGFA): con esta reserva se enfrentan los efectos catastróficos o las variaciones financieras significativas en los ingresos, los incrementos drásticos en los egresos derivados de problemas epidemiológicos o económicos severos y de larga duración que provoquen insuficiencia en la RFA.

Capítulo VI

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

La ROCF se separa en tres renglones previstos por Ley: previsión, catastrófica y especiales. El renglón de previsión se utiliza para financiar gastos de inversión física cuando existan condiciones económicas que dificulten el avance planeado en los proyectos. Por otra parte, el renglón catastrófica se destina a enfrentar los gastos causados por desastres naturales u otras causas de fuerza mayor que, por su naturaleza, no hayan sido aseguradas. Finalmente, el renglón especiales ayuda a sufragar otros casos que pudieran presentarse y que se definan al momento de su constitución. Esta reserva se incrementa con base en los ingresos de cuotas y aportaciones y los recursos con los que cuenta el ISSSTE de manera extraordinaria. Con base en el Artículo 240 de la Ley, la reserva debe alcanzar un monto equivalente a sesenta días naturales del ingreso total del Instituto en el año anterior, excluyendo los recursos correspondientes al Seguro de Retiro, Cesantía en Edad Avanzada y Vejez y al fondo de la vivienda.

La RFA tiene fondos separados por cada una de las coberturas del Seguro de Salud, que incluye el de trabajadores activos y el de pensionados, el Seguro de Invalidez y Vida y el de Riesgos del Trabajo. El manejo de estas reservas busca el equilibrio entre las fuentes, el riesgo y los recursos para su financiamiento, pero depende de la naturaleza de los riesgos que afectan a cada seguro y sus respectivas coberturas.

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

En concordancia con la Ley y el Artículo 9 del Reglamento Financiero y de Reservas, la Tabla 35 presenta la situación de las reservas al 31 de diciembre de 2012 y al 31 de marzo de 2013.

2013

Tabla 35. Saldo contable de las Reservas Financieras y Actuariales (millones de pesos)

Reserva	Saldo (31 de diciembre 2012)	Saldo (31 de marzo 2013)
Reserva Financiera y Actuarial	44,792	35,983
Salud	34,519	34,860
Trabajadores activos	6,163	6,224
Pensionados	28,356	28,636
Invalidez y vida	6,900	816
Riesgos del trabajo	3,373	306
Reserva de Operación para Contingencias y Financiamiento	10,897	7,777
Previsión	6,427	6,822
Catastrófica	900	954
Especiales	3,570	0
Reserva General Financiera y Actuarial	886	891
Total reservas	56,575	44,650

Fuente: Subdirección de Inversiones, ISSSTE.

Al 31 de marzo de 2013, el saldo de la RFA fue de 35,983 mdp, que equivalen a 81% del saldo total de las reservas. Dentro de la RFA, el rubro con mayor saldo corresponde a salud con 34,860 mdp (97% con respecto al total de la RFA). Invalidez y vida, por su parte, fue el segundo rubro con mayor saldo contable en esta reserva con 816 mdp (2%), mientras que el rubro de riesgos del trabajo contó con 306 mdp (1%).

Por otra parte, la ROCF fue la segunda con mayor saldo contable, en relación al saldo total, con 7,777 mdp, que representaron 17% del saldo total de reservas. Finalmente, la RGFA contó con 891 mdp, equivalentes a 2% del total.

Es importante mencionar que el saldo en reservas al 31 de marzo de 2013 disminuyó en 21% respecto al saldo al 31 de diciembre de 2012. Lo anterior se debió a la transferencia de recursos a la SHCP por concepto de cuotas y aportaciones, en términos del Artículo Décimo Noveno Transitorio de la Ley.

Los rubros que sufrieron mayor impacto fueron el Seguro de Invalidez y Vida y Riesgos del Trabajo. Asimismo, la ROCF sufrió un decremento en su saldo acumulado, ya que en su

Capítulo VI

renglón de especiales existían recursos por 3,570 mdp para dar cumplimiento al Convenio de devolución de recursos a la SHCP.

La Tabla 36 muestra un comparativo del saldo de las reservas contables y el saldo a valor de mercado, se observa una diferencia de 9%, en relación al saldo total, ya que se consideran los intereses devengados no cobrados y las plusvalías o minusvalías.

Tabla 36. Saldo de las reservas al 31 de diciembre 2012
(millones de pesos)

Tipo de Reserva	Saldo Contable 31 Dic 2012	Saldo Mercado 31 Dic 2012
Reserva de Operación	5,716	5,716
Reserva Financiera y Actuarial	44,792	48,728
Reserva de Operación para Contingencia y Financiamiento	10,897	12,466
Reserva General Financiera y Actuarial	886	1,086
Subtotal (sin RO)	56,575	62,279
Total reservas	62,291	67,995

Fuente: Subdirección de Inversiones 2012, ISSSTE.

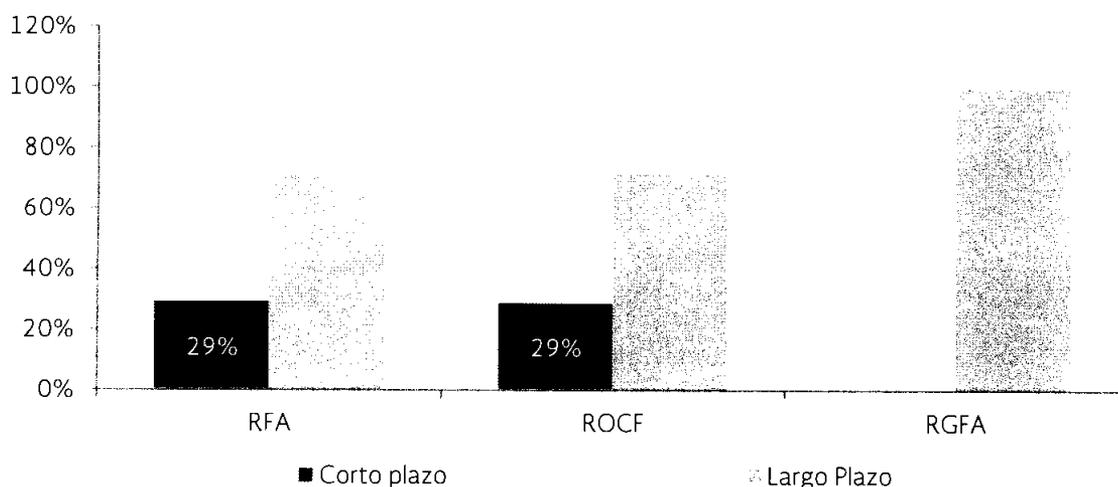
La Gráfica 19 muestra la distribución de las reservas conforme a los horizontes de inversión¹⁷. El 71% de los recursos al cierre de 2012 estaban invertidos en papeles de largo plazo, mientras que el 29% restante se invirtió a corto plazo.

2013

INFORME FINANCIERO Y ACTUARIAL

¹⁷Se considera hasta 1 año como corto plazo.

Gráfica 19. Distribución de plazos al 31 de diciembre 2012



Fuente: Subdirección de Inversiones, ISSSTE.

Con base en las disposiciones de la Ley del ISSSTE, las reservas deberán invertirse en instrumentos gubernamentales, instrumento emitidos por entidades estatales y municipales, así como los garantizados por entidades paraestatales, banca de desarrollo, reportos y cuentas productivas que, en todos los casos, son instrumentos de tasa revisable, fija y variable. La Tabla 37 muestra las inversiones por tipo de instrumento al cierre de 2012.

Tabla 37. Inversiones por tipo de instrumento a valor mercado según reservas para el año 2012 (millones de pesos)

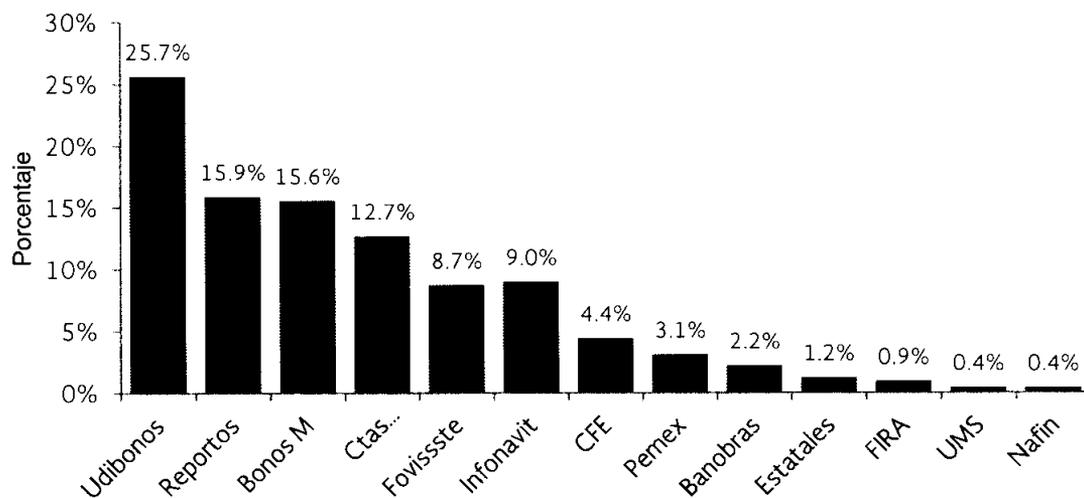
Tipo de Instrumento	RO	%	RFA	%	ROCF	%	RGFA	%	Total	%
Guber. Nominal	0	0%	6,961	14%	2,619	21%	369	34%	9,949	15%
Guber. Real	0	0%	11,716	24%	3,821	31%	440	40%	15,976	23%
Paraestatal Nominal	0	0%	3,110	6%	1,214	10%	177	16%	4,501	7%
Paraestatal Real	0	0%	10,585	22%	1,032	8%	100	9%	11,717	17%
Edos. y Mun. Nominal	0	0%	722	1%	31	0%	0	0%	753	1%
Banca de Desarrollo	0	0%	1,411	3%	179	1%	0	0%	1,589	2%
Reportos	3,350	59%	9,900	20%	0	0%	0	0%	13,250	19%
Ctas. Productivas	2,366	41%	4,324	9%	3,570	29%	0	0%	10,260	15%

Fuente: Subdirección de Inversiones, ISSSTE.

Capítulo VI

Alrededor de 60% de las inversiones realizadas se concentraron en tres instrumentos: gubernamentales reales (23%), reportos (19%) y paraestatal real (17%). La Gráfica 20 muestra el desglose de la cartera de inversión del Instituto.

Gráfica 20. Composición por instrumento de la cartera de inversión de las reservas al 31 de diciembre de 2012



Fuente: Subdirección de Inversiones, ISSSTE.

En 2008 y 2009 el Instituto constituyó cabalmente los montos teóricos para la RFA, de conformidad con el Programa Anual de Administración y Constitución de Reservas (PAACR) de cada ejercicio. Posteriormente, en 2010, se lograron constituir montos mayores a los teóricos. Sin embargo, en 2011 y 2012 el ISSSTE no logró reservar al cien por ciento los montos teóricos señalados en los PAACR respectivos. Esta situación ha afectado la sustentabilidad de los seguros.

2013

La reasignación en los montos de la RFA del Seguro de Salud, que se realizó en 2012, para efectuar la transferencia de recursos a la SHCP, ocasionó un aumento en los incrementos teóricos de 2013 que difícilmente el Instituto podrá cubrir.

Con base en los cálculos actuariales, la Tabla 38 muestra los incrementos teóricos y posibles a las reservas establecidos en el PAACR para el ejercicio 2013.

Tabla 38. Incremento teórico a las reservas para el año 2013 (millones de pesos)

Seguros	Tipo de reserva	Monto Teórico	Monto Posible	
Salud de trabajadores activos	Incremento	2,940	0	
Salud de nuevos pensionados a partir del 1 de abril de 2007	Incremento	3,118	0	
Invalidez y vida	Financiera y actuarial	Incremento	951	951
		Aplicación	822	822
Riesgos del trabajo		Incremento	569	569
		Aplicación	569	569
Salud	De operación para contingencias y financiamiento	Previsión	1,544	1,289
Invalidez y vida		Catastrófica	211	176
Riesgos del trabajo		Especiales	0	0
Prestaciones sociales		Total	1,754	1,464
Salud	General financiera y actuarial			
Invalidez y vida			263	26
Riesgos del trabajo				
Prestaciones sociales				
Total de incremento teórico a las reservas en 2013			9,557	3,011

Fuente: PAACR 2013, ISSSTE.

La Tabla 38 muestra que el monto que será posible reservar equivale a 31.5% de las reservas recomendadas por los estudios actuariales, es decir, se estima que al cierre del ejercicio 2013 habrá un faltante de 6,546 mdp.

Finalmente, cabe señalar que para el ejercicio 2013, el Seguro de Salud no contará con excedentes de operación que permitan la constitución de la RFA correspondiente.

CAPÍTULO VII

ESTADO QUE GUARDAN LAS INSTALACIONES Y EQUIPOS DEL INSTITUTO



ISSSTE

Estado que guardan las instalaciones y equipos del Instituto

El Informe presenta, de acuerdo con lo establecido en el Artículo 214, último párrafo de la fracción XIX de la Ley del ISSSTE, una descripción del estado que guardan las instalaciones y equipos del Instituto, particularmente de los dedicados a la atención médica. De igual manera, se describen los programas implementados por el Instituto para el fortalecimiento de su infraestructura y equipamiento, tales como: el “Programa Operativo Anual 2012 de Equipamiento Médico Administrativo”, el “Programa de Inversión en Conservación y Mantenimiento del Equipo Médico y no Médico a Nivel Central” y el “Programa de Obras 2007-2012”.

Infraestructura y equipamiento médico institucional

La infraestructura inmobiliaria del Instituto incluye unidades médicas distribuidas en todo el país, clasificadas de la siguiente manera:

Tipología de las unidades médicas

Los servicios médicos se clasifican en tres niveles de atención: primero, segundo y tercero, conforme a su capacidad resolutive, la estructura de las unidades médicas y a los planteamientos de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Primer Nivel.- Es la estructura básica de la atención médica ambulatoria y es el primer contacto de atención con los derechohabientes. Se recomienda que este nivel resuelva alrededor de 85% de los problemas de salud.

Segundo Nivel.- Estructura con grado intermedio de complejidad, al que corresponde resolver aproximadamente 10% de los casos que no son susceptibles de ser solucionados o diagnosticados en el primer nivel.

Tercer Nivel.- Estructura con la más alta complejidad y tecnología. Atiende y resuelve aproximadamente 5% de los problemas de salud de la población que no pueden ser solucionados o diagnosticados en el primero y el segundo nivel.

En cuanto a la tenencia de las unidades médicas, el Instituto cuenta con inmuebles propios, rentados, en convenio o subrogados.

La Gráfica 21 muestra las 1,179 unidades médicas con las que contaba el ISSSTE al 31 de diciembre de 2012.

Gráfica 21. Unidades médicas por nivel de atención y tipo de tenencia 2012

	Primer nivel	Segundo nivel	Tercer nivel
■ Convenio	156	1	-
■ Subrogadas	370	-	-
■ Rentadas	56	-	-
■ Propias	466	117	13
Total	1,048	118	13

Fuente: Jefatura de Servicios de Estadística Institucional, ISSSTE.

Unidades médicas de primer nivel de atención

Los cuatro tipos de unidades médicas correspondientes a este nivel de atención son los Consultorios Médicos en el Centro de Trabajo (CMCT), Consultorios de Atención Familiar (CAF), Unidades de Medicina Familiar (UMF), y Clínicas de Medicina Familiar (CMF), que

en conjunto representan 89% de la infraestructura médica del Instituto. Su función principal es el otorgamiento de consulta externa de medicina general o familiar a los derechohabientes. Otros servicios que cubren son la aplicación de vacunas y programas preventivos, elaboración y solicitud de estudios de laboratorio y gabinete, así como otorgamiento de medicamentos.

La antigüedad promedio a nivel nacional de estas unidades es de 22.7 años. En el Distrito Federal, donde se concentra 8% de este tipo de unidades médicas, la antigüedad promedio de los inmuebles es de 33 años. El CMCT No. 9 de la Junta de Conciliación y Arbitraje, localizado en la Zona Norte, es el más antiguo con 53 años de edad.

El resto del país cuenta con 92% de estos inmuebles con una antigüedad promedio de 21.8 años. Las más antiguas tienen 53 años y se encuentran en Sinaloa y Jalisco. La Tabla 39 enlista la antigüedad promedio de las unidades médicas de primer nivel de atención por Delegación con las que contaba el Instituto en 2012.

Tabla 39. Antigüedad promedio de las unidades médicas de primer nivel de atención, por Delegación 2012

Delegación	Antigüedad promedio	Delegación	Antigüedad promedio
Zona Poniente D.F.	39.3	Yucatán	23.0
Zona Oriente D.F.	37.5	Baja California	22.3
Zona Norte D.F.	33.3	San Luis Potosí	21.7
Campeche	32.5	Nayarit	21.2
Nuevo León	31.8	Chiapas	20.9
Durango	31.8	Jalisco	20.9
Colima	31.5	Chihuahua	20.1
Zona Sur D.F.	29.5	Sonora	20.1
Tabasco	28.9	Guerrero	20.1
Morelos	26.4	Guanajuato	19.6
Estado México	26.1	Zacatecas	18.6
Baja California Sur	26.0	Aguascalientes	17.7
Veracruz	24.9	Querétaro	17.5
Puebla	24.7	Tlaxcala	17.3
Hidalgo	24.1	Oaxaca	15.2
Coahuila	23.5	Quintana Roo	15.2

Delegación	Antigüedad promedio	Delegación	Antigüedad promedio
Tamaulipas	23.4	Michoacán	6.9
Sinaloa	23.1		

Fuente: Censo Único de Recursos Físicos, Materiales y Humanos, Dirección Médica, ISSSTE.

Unidades médicas de segundo nivel de atención

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

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

A nivel nacional el promedio de antigüedad por inmueble es de 27.2 años. En el Distrito Federal, la antigüedad promedio de estos inmuebles es de 36.9 años, siendo el “Hospital General Dr. Darío Fernández Fierro” el que tiene la máxima antigüedad con 58 años.

En el área foránea, la Delegación Tabasco cuenta con la antigüedad promedio más alta de 52.3 años y la Delegación con la antigüedad menor en promedio es Querétaro con 1.1 años. La Tabla 40 presenta la distribución por Delegación en el segundo nivel de atención.

Tabla 40. Antigüedad promedio de las unidades médicas de segundo nivel de atención, por Delegación 2012

Delegación	Antigüedad promedio	Delegación	Antigüedad promedio
Tabasco	52.3	Colima	27.3
Nayarit	48.2	Tamaulipas	27.1
Zona Poniente, D.F.	42.6	Baja California Sur	26.6
Zona Sur, D.F.	40.4	Guerrero	25.4
Zona Norte, D.F.	39.1	Hidalgo	25.3
Durango	36.6	Michoacán	25.3
Nuevo León	36.3	Veracruz	24.1
Baja California	35.7	Quintana Roo	22.6

Delegación	Antigüedad promedio	Delegación	Antigüedad promedio
Aguascalientes	35.5	Guanajuato	22.4
Estado México	33.3	Puebla	22.1
Chihuahua	32.3	Coahuila	22.1
Chiapas	31.5	Morelos	19.1
Campeche	30.0	Zona Oriente, D.F.	14.2
Zacatecas	29.4	Oaxaca	13.6
Sinaloa	29.1	Yucatán	9.9
San Luis Potosí	29.1	Jalisco	9.8
Tlaxcala	28.9	Querétaro	1.1
Sonora	27.5		

Fuente: Censo Único de Recursos Físicos, Materiales y Humanos, Dirección Médica, ISSSTE.

Unidades médicas de tercer nivel de atención

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

Estos 12 Hospitales de Alta Especialidad (HAE) y el Centro Médico Nacional 20 de Noviembre (CMN) representan 1% de las unidades médicas y tienen una antigüedad promedio de 31 años.

En el Distrito Federal, donde se halla 31% de este tipo de unidades médicas, la antigüedad promedio es de 41 años, en el área foránea es de 69% y 27 años, respectivamente. La Tabla 41 señala la antigüedad promedio de los hospitales de tercer nivel.

Tabla 41. Antigüedad promedio de las unidades médicas de tercer nivel de atención, por Delegación 2012

Delegación	Antigüedad promedio	Delegación	Antigüedad promedio
D.F. Zona Sur	46.9	D.F. Zona Oriente	33.3
Yucatán	46.5	Puebla	32.3
Oaxaca	42.4	Nuevo León	29.5
Sinaloa	40.5	Guanajuato	8.2
Jalisco	38.1	Estado de México	2.0
D.F. Zona Norte	37.2	Morelos	2.0

Fuente: Censo Único de Recursos Físicos, Materiales y Humanos, Dirección Médica, ISSSTE.

Capacidad instalada en las unidades médicas

El número total de equipo médico especializado del Instituto es de 60,094, que se agrupa conforme a la clasificación del cuadro básico y el catálogo de instrumental y equipo médico emitido por el Consejo de Salubridad General. La Tabla 42 presenta la distribución por rubro y el porcentaje que representa.

Tabla 42. Equipo médico especializado por categoría, instalado dentro de las unidades médicas del ISSSTE, 2012

Tipo de equipo	Número de equipos	%
Mecánica y Fluido	27,228	45.31%
Electrónica médica	10,362	17.24%
Imagenología	9,423	15.68%
Óptica y oftalmología	7,426	12.36%
Quirófano	3,628	6.04%
Rehabilitación	2,020	3.36%
Medicina nuclear y radioterapia	7	0.01%
Total	60,094	100.00%

Fuente: Censo Único de Recursos Físicos, Materiales y Humanos, Dirección Médica, ISSSTE.

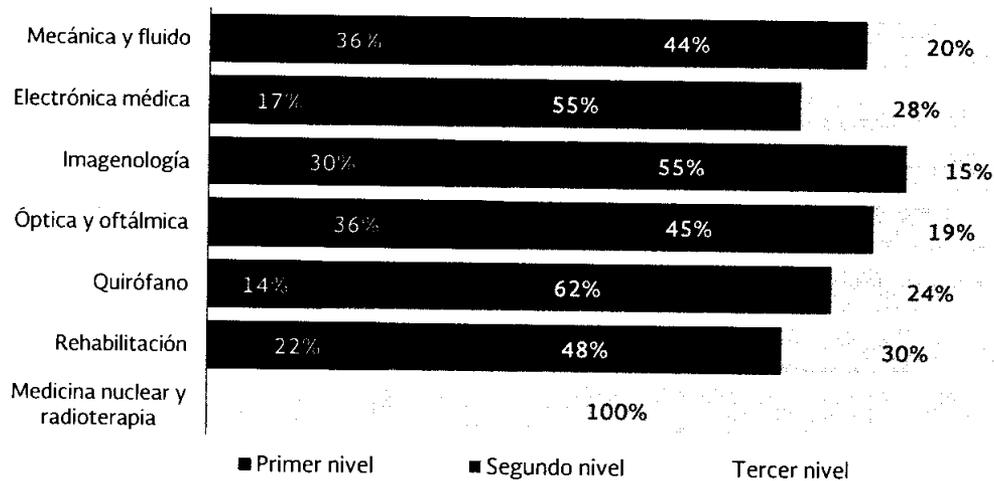
En general, en 2012 el número de equipos médicos especializados¹⁸ se incrementó en 6.2% respecto a 2011. Sobresalen los equipos de rehabilitación y medicina nuclear y radioterapia con 18.5% y 16.7% de crecimiento, respectivamente.

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

Más de 50% de los equipos se encuentran en el segundo nivel de atención médica. Esto se deriva, especialmente, de que la mayoría de los análisis y estudios clínicos realizados en el Instituto, precisan de los laboratorios que se encuentran en estas unidades médicas. La Gráfica 22 muestra la distribución porcentual del equipo médico especializado por nivel de atención.

¹⁸Sin considerar el rubro Quirófano.

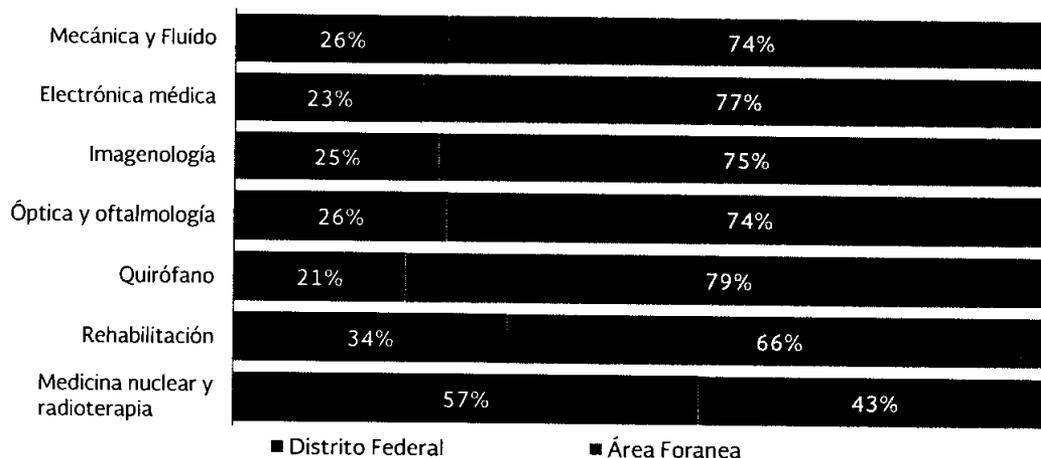
Gráfica 22. Distribución porcentual del equipo médico especializado por nivel de atención, 2012



Fuente: Censo Único de Recursos Físicos, Materiales y Humanos, ISSSTE.

Por su distribución geográfica, gran parte del equipamiento médico especializado se encuentra ubicado en el área foránea. Cabe señalar que en el Distrito Federal se realizan la mayoría de los estudios clínicos propios del segundo nivel de atención, tales como química clínica, microbiología, hematología e inmunología. Otra excepción son los equipos de medicina nuclear y radioterapia, los cuales están concentrados también en el Distrito Federal por la relevancia del “Centro Médico Nacional 20 de Noviembre”. La Gráfica 23 concentra los datos por tipo de equipo especializado y ubicación.

Gráfica 23. Distribución porcentual del equipo médico especializado instalado en unidades médica por Distrito Federal y Área Foránea, 2012



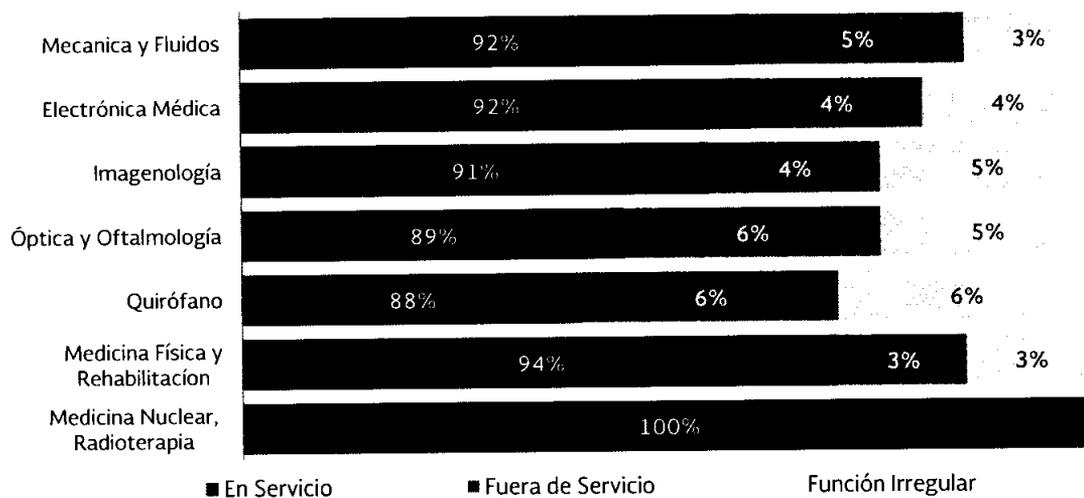
Fuente: Censo Único de Recursos Físicos, Materiales y Humanos, Dirección Médica, ISSSTE.

Capítulo VII

Por otro lado, 91.4% de los equipos médicos especializados del ISSSTE están en servicio. El resto funciona de forma irregular o está fuera de servicio. La principal causa por la que los equipos encuentran fuera de servicio es por descompostura.

La Gráfica 24 presenta puntualmente la clasificación de los distintos tipos de equipo médico de acuerdo a su funcionalidad. Es de destacar que los equipos de microbiología y hematología presentan los niveles más altos de funcionamiento irregular, debido al alto volumen de la demanda de la que son objeto.

Gráfica 24. Distribución porcentual del equipo médico especializado por funcionalidad, 2012



Fuente: Censo Único de Recursos Físicos, Materiales y Humanos, Dirección Médica, ISSSTE.

Otro equipo médico

Adicional al equipo médico especializado el Instituto cuenta con 2,511 equipos médicos los cuales se presentan en la Tabla 43 presentada por rubro y ubicación geográfica.

Tabla 43. Equipo médico especializado por rubro y ubicación geográfica instalado dentro de las unidades médicas del ISSSTE, 2012

Tipo de equipo	Distrito Federal	Área foránea	Total de equipos	% respecto del total
Auxiliar de diagnóstico	383	1,284	1,667	66.4%
Anatomía patológica	194	476	670	26.7%
Inmunología	6	67	73	2.9%
Química clínica	8	48	56	2.2%

2013

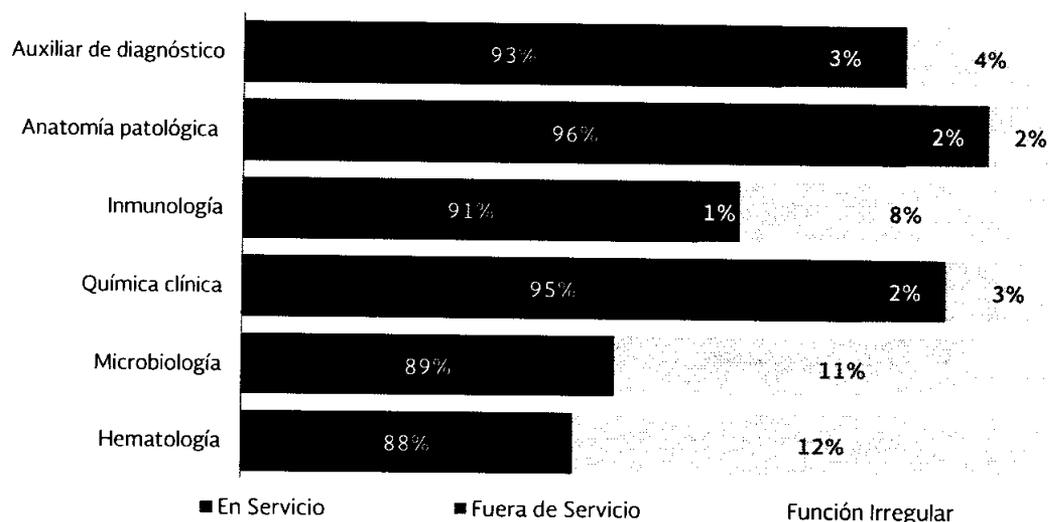
Tipo de equipo	Distrito Federal	Área foránea	Total de equipos	% respecto del total
Microbiología	3	34	37	1.5%
Hematología	-	8	8	0.3%
Total	594	1,917	2,511	100.0%

Fuente: Censo Único de Recursos Físicos, Materiales y Humanos, Dirección Médica, ISSSTE.

55% de los equipos se encuentran en el segundo nivel de atención médica, 26% en el tercer nivel y el restante 19% en el primer nivel de atención.

Por otro lado, 94% de los equipos médicos están en servicio. El resto funciona de forma irregular o está fuera de servicio. La Gráfica 25 presenta los tipos de equipo médico de acuerdo a su funcionalidad.

Gráfica 25. Distribución porcentual del equipo médico especializado por funcionalidad, 2012



Fuente: Censo Único de Recursos Físicos, Materiales y Humanos, Dirección Médica, ISSSTE.

2013

Recursos materiales

Esta sección muestra la infraestructura que, junto con el equipo médico especializado, es necesaria para que el ISSSTE pueda brindar servicios médicos. La distribución de estos recursos materiales se presenta en la Tabla 44.

Capítulo VII

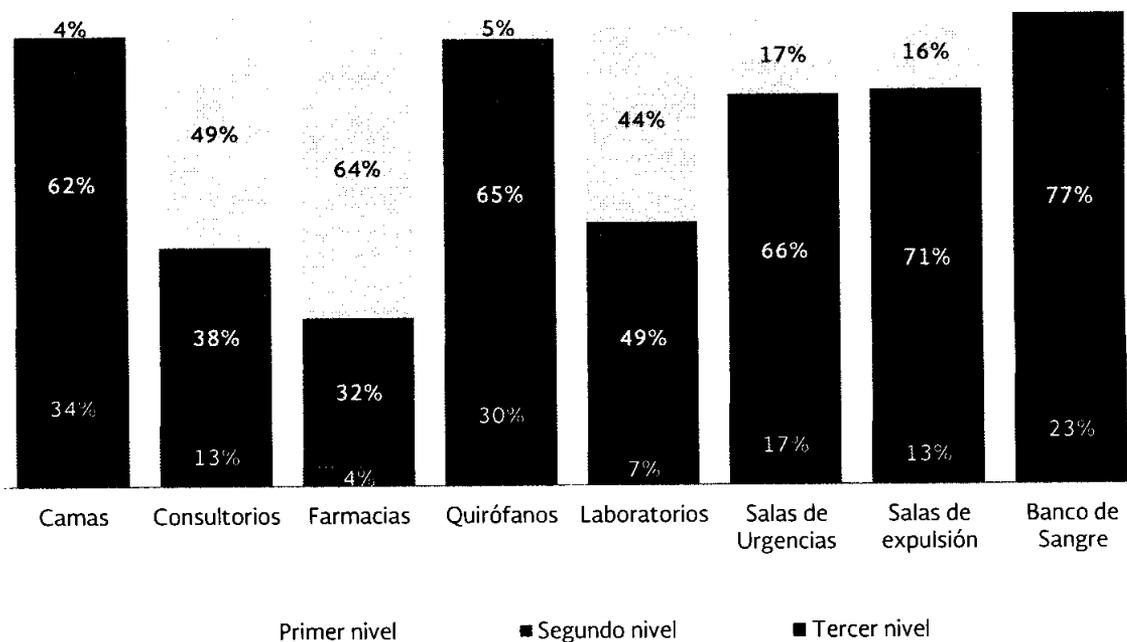
Tabla 44. Recursos materiales dentro de las unidades médicas del ISSSTE, 2012

Tipo de Instalación	Número de bienes	%
Camas censables y de tránsito	11,697	60.5%
Consultorios	6,339	32.8%
Farmacias	359	1.9%
Quirófanos	317	1.6%
Laboratorios	247	1.3%
Salas de urgencias	168	0.9%
Salas de expulsión	146	0.8%
Bancos de sangre	56	0.3%
Total	19,329	100%

Fuente: Jefatura de Servicios de Estadística Institucional, ISSSTE.

De los 19,329 bienes totales de este tipo en las unidades médicas, 20% pertenecen al primer nivel, 54% al segundo nivel y el restante 26% al tercer nivel de atención. La Gráfica 26 desglosa la distribución de estos recursos de forma puntual.

Gráfica 26. Distribución porcentual de recursos materiales por nivel de atención, 2012

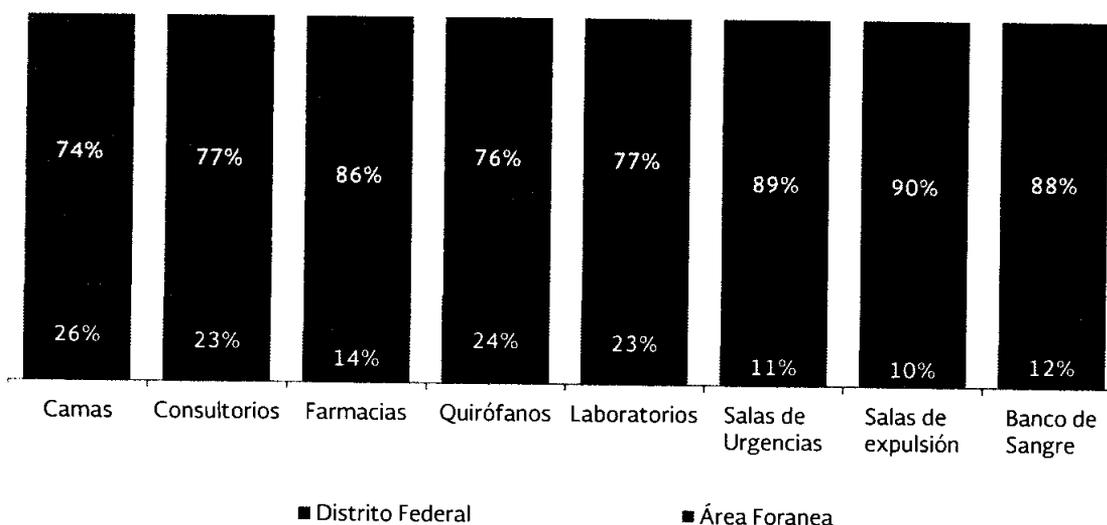


Fuente: Jefatura de Servicios de Estadística Institucional, ISSSTE.

2013

Estos recursos materiales se encuentran ubicados principalmente en el área foránea, como se puede observar en la Gráfica 27.

Gráfica 27. Distribución porcentual de otros recursos materiales en las unidades médicas por Distrito Federal y Área Foránea, 2012



Fuente: Jefatura de Servicios de Estadística Institucional 2012, ISSSTE.

Entre estos recursos materiales, destacan por su importancia las camas censables¹⁹ y los consultorios, por lo que a continuación se presenta su distribución de forma detallada.

Existen, en total, 11,697 camas. De ellas, 4,813 son camas de tránsito o no censables, que representan 41.1%, y 6,884 son camas censables, que representan 58.9%. La Tabla 45 muestra su distribución por especialidad y ocupación.

Tabla 45. Camas, distribución porcentual, por tipo de especialidad y ocupación ISSSTE, 2012

Camas de tránsito	Número de Unidades	%	Camas censables	Número de unidades	%
Adultos Urgencias	1,270	26%	Adultos	5,844	85%
Recuperación	637	13%	Niños Enfermos	638	9%
Cuidados Intensivos	481	10%	Cunas Recién Nacidos Enfermos	219	3%

¹⁹Las camas censables son, de acuerdo con la Norma Oficial Mexicana NOM-040-SSA2-2004 en materia de información de salud, las camas en servicio instaladas en el área de hospitalización, para el uso de pacientes internos.

Capítulo VII

Camas de tránsito	Número de Unidades	%	Camas censables	Número de unidades	%
Trabajo de parto	311	7%	Incubadoras	183	3%
Pediatría urgencias	279	6%			
Otros	1,835	38%			
Total	4,813	100%	Total	6,884	100%

Fuente: Jefatura de Servicios de Estadística Institucional, ISSSTE.

De las 11,697 camas, 4% se encuentran instaladas en el primer nivel, 62% en el segundo nivel y el restante 34% en el tercer nivel de atención.

En la Tabla 46 se presenta el estado de conservación de las camas con las que cuenta el Instituto se muestra, para cada nivel de atención médica.

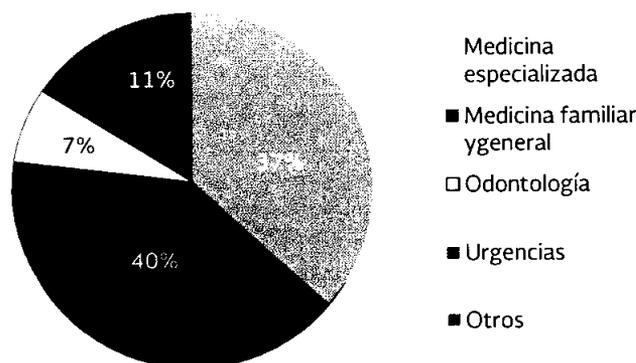
Tabla 46. Camas, distribución porcentual del estado de conservación por nivel de atención, 2012

Nivel de atención	En servicio	Fuera de servicio
Primer Nivel	94%	6%
Segundo Nivel	97%	3%
Tercer Nivel	97%	3%

Fuente: Censo Único de Recursos Físicos, Materiales y Humanos, ISSSTE.

Asimismo, el Instituto cuenta con 6,339 consultorios. Las áreas que concentran el mayor número son las de medicina familiar y general, con 40% del total de consultorios, y medicina especializada, con 37%. La Gráfica 28 muestra la distribución total de estos consultorios.

Gráfica 28. Consultorios por tipo de especialidad, 2012



Fuente: Jefatura de Servicios de Estadística Institucional, ISSSTE.

Respecto a su distribución por nivel de atención, 49% de los consultorios se encuentran en el primer nivel, 39% en el segundo y el restante 12% en el tercero. Por su funcionalidad, es relevante señalar que, únicamente 1% de los consultorios se encuentran fuera de servicio, principalmente debido a falta de personal.

Es relevante señalar que adicional al equipo médico y los recurso materiales con los que el ISSSTE cuenta, se tienen 483 ambulancias de las cuales 88% prestan servicio en el área foránea y el restante 12% se ubican en el Distrito Federal. La Tabla 47 muestra la distribución por nivel de atención y estado de conservación.

Tabla 47. Ambulancias, distribución porcentual del estado de conservación por nivel de atención, 2012

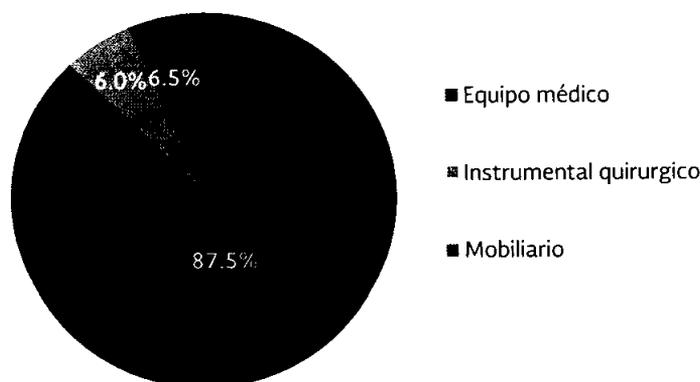
Nivel de atención	En servicio	Función Irregular	Fuera de servicio
Primer Nivel	97	1	2
Segundo Nivel	279	12	31
Tercer Nivel	57	4	0
Total	433	33	17

Fuente: Censo Único de Recursos Físicos, Materiales y Humanos, ISSSTE.

Programa operativo anual 2012 de equipamiento médico administrativo

El Programa Operativo Anual 2012 contó con 384.28 mdp con los que se equiparon tres Hospitales Generales del segundo nivel de atención, “5 de Diciembre” en Mexicali; “Veracruz” en Veracruz y “Dr. José Ma. Rodríguez” en Coahuila. La distribución de la inversión se muestra en la Gráfica 29.

Gráfica 29. Distribución porcentual de la inversión por tipo de concepto, 2012



Fuente: Subdirección de Infraestructura, ISSSTE.

34.5% del monto total de la inversión del Instituto en 2012 correspondió a diez bienes, mostrados en la Tabla 48.

Tabla 48. Bienes adquiridos en 2012 en orden de relevancia por monto de inversión

Relevancia	Equipo	Cantidad adquirida
1	Unidad de imagen por resonancia magnética de 1.5 teslas	1
2	Unidad radiológica para mastografía digital de campo completo (con biopsia)	2
3	Unidad para Tomografía computarizada multicortes de 64 cortes	1
4	Ventilador volumétrico neonatal pediátrico adulto	18
5	Unidad radiológica y fluoroscópica con telemando y arco en "C" con mesa basculable	1
6	Microscopio para neurocirugía	2
7	Mesa quirúrgica universal electrohidráulica	13
8	Equipo para fortalecimiento de extremidades superiores e inferiores	2
9	Ventilador de alta frecuencia oscilatoria pediátrico/neonatal con modo convencional	10
10	Monitor de signos vitales	50

Fuente: Subdirección de Infraestructura, ISSSTE.

Programa de inversión en conservación y mantenimiento del equipo médico y no médico a nivel Central

Este programa evalúa el estado del equipo, a fin de realizar las inversiones en conservación y mantenimiento del equipo médico y no médico a nivel central.

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

Para evaluar su funcionalidad, el ISSSTE clasifica al equipo médico dentro de dos variables: “Adecuado” y “Funcionando”. El primer término designa los equipos médicos vigentes tecnológicamente y que, por el uso constante, pueden presentar fallas esporádicas (75% en 2012). El segundo término abarca los equipos con mayor antigüedad y que pueden generar un mayor índice de fallas. La Tabla 49 presenta la funcionalidad del diverso equipo médico a nivel central.

Tabla 49. Funcionalidad que guarda el equipo médico a nivel Central del ISSSTE, 2012

Estado Operativo	Electrónica Médica	Mecánica de Fluidos	Imagenología	Quirófano	Médicas y Quirúrgicas	Medicina Nuclear	Total
Adecuado	1,798	1,166	953	853	6	2	4,778
Funcionando	450	658	217	231	-	-	1,556
Total	2,248	1,824	1,170	1,084	6	2	6,334
% Adecuado	80%	64%	81%	79%	100%	100%	75%
% Funcionando	20%	36%	19%	21%	-	-	25%

Fuente: Subdirección de Conservación y Mantenimiento, ISSSTE.

El ISSSTE identifica al equipo de mayor relevancia para la atención médica de su derechohabencia. La Tabla 50 muestra su funcionalidad.

Tabla 50. Funcionalidad que guarda el equipo médico, con mayor relevancia de atención a nivel Central del ISSSTE, 2012

Área	Equipo	Adecuado	Funcionando	% Adecuado	% Funcionando
Mecánica de Fluidos	Ventilador	610	486	56%	44%
Quirófano	Esterilizador	433	111	80%	20%
Electrónica Médica	Electrocardiógrafo	345	80	81%	19%
Imagenología	Rayos X Arco en C	53	5	91%	9%

2013

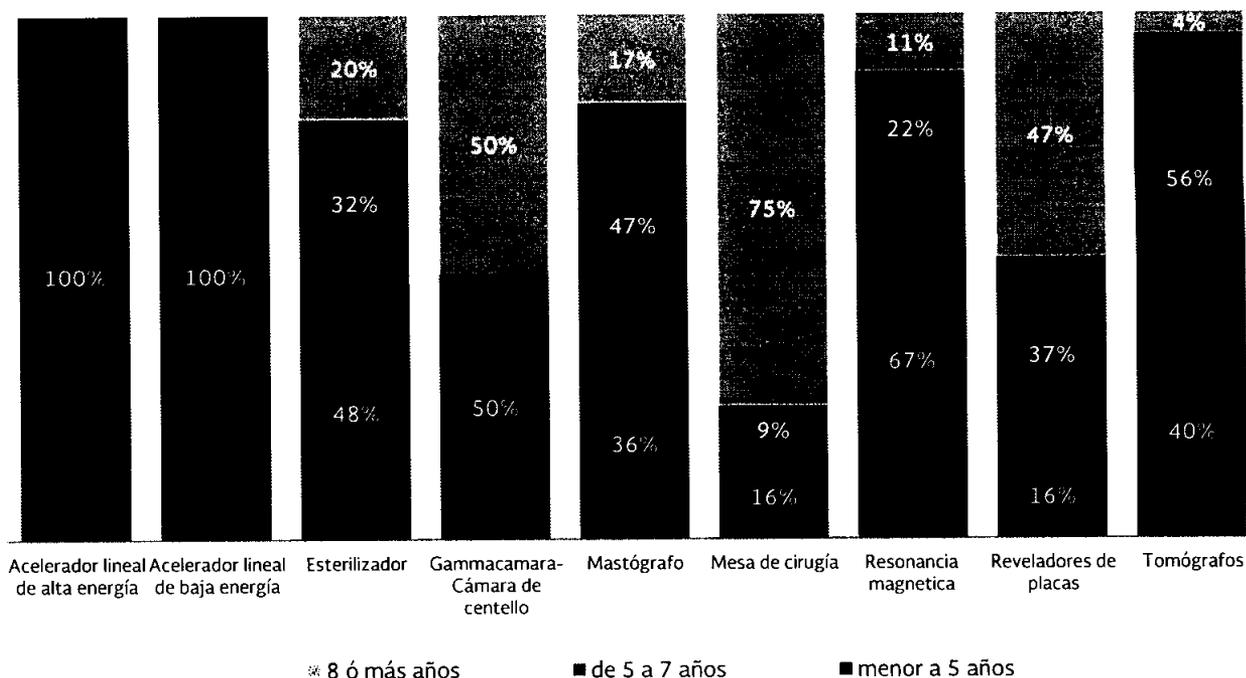
Capítulo VII

Área	Equipo	Adecuado	Funcionando	% Adecuado	% Funcionando
Medicina Nuclear	Unidad Radiológica para Mastografía	48	10	83%	17%
	Tomografía Computarizada	43	2	96%	4%
	Resonancia Magnética	8	1	89%	11%
	Cámara de Centelleo	2	-	100%	-

Fuente: Subdirección de Conservación y Mantenimiento, ISSSTE.

La Gráfica 30 muestra la distribución porcentual según el rango de antigüedad de los equipos médicos relevantes. En ella se observa que, en promedio, 53% de estos equipos cuenta con una antigüedad menor a cinco años, por lo que se consideran vigentes tecnológicamente y en óptimo estado; 22% está en el rango de cinco a siete años de antigüedad, por lo que se ubican a la mitad de su periodo útil y en adecuado funcionamiento; y finalmente, 25% tiene una antigüedad mayor a ocho años, por lo que se consideran en proceso de obsolescencia tecnológica.

Gráfica 30. Equipo relevante según años de antigüedad de atención a nivel central, 2012



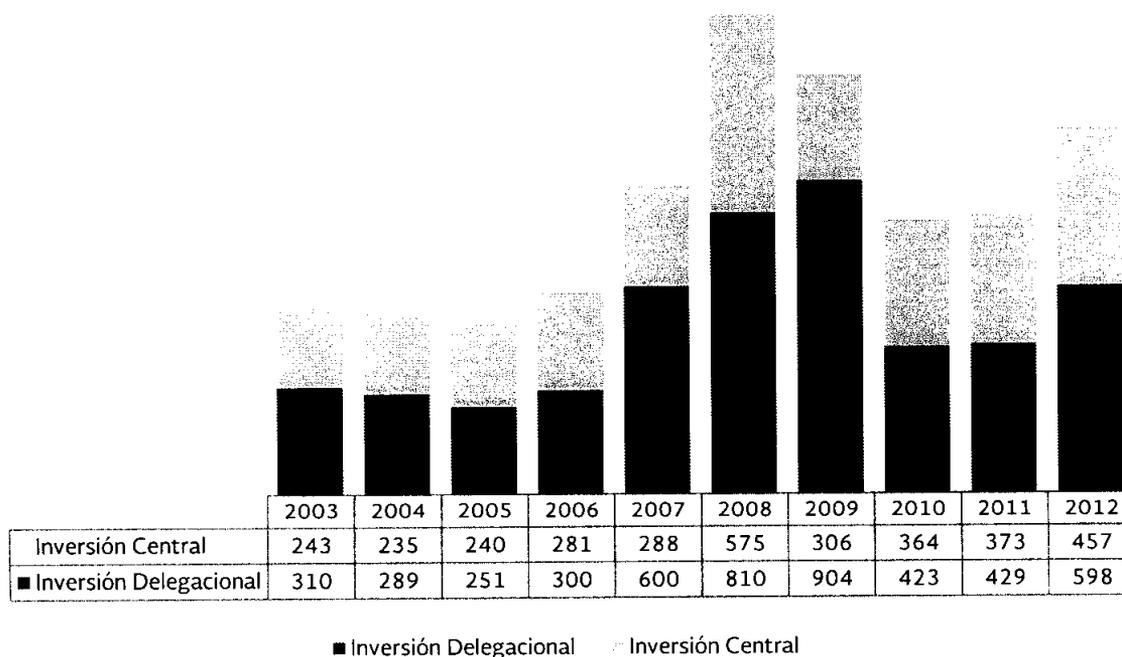
Fuente: Subdirección de Conservación y Mantenimiento, ISSSTE.

2013

Inversión en conservación y mantenimiento

Existe una tendencia al alza en la inversión en conservación y mantenimiento a partir de 2007 y hasta 2009, tanto a nivel central como delegacional. La inversión pasó de 808 mdp en 2007 a 1055 mdp en 2012. Este crecimiento se deriva, principalmente, de la Reforma a la Ley del ISSSTE y de la puesta en marcha del Programa de Fortalecimiento Institucional. Los niveles de inversión que el Instituto ha mantenido desde 2003 pueden observarse en la Gráfica 31.

Gráfica 31. Inversión realizada en materia de conservación y mantenimiento en el ISSSTE 2003-2012 (millones de pesos)



Fuente: Subdirección de Conservación y Mantenimiento 2003-2012, ISSSTE.

Durante 2012, el ISSSTE erogó 1,055.85 mdp en acciones de mantenimiento y conservación, lo que representó un crecimiento de 32% con respecto a 2011. En 2012, 57% de la inversión se realizó a nivel delegacional, y 43% en el nivel central.

Las tablas 51 y 52 desglosan los programas específicos que concentraron los recursos para inversión en 2012. De acuerdo al tipo de conservación, mantenimiento y tipo de

Capítulo VII

equipo e inmueble, se observa que 83% de la inversión fue asignada al área médica, y distribuida de la siguiente manera por nivel de atención: a unidades de primer nivel correspondió 9%, a unidades de segundo nivel 44%, y 30% a unidades de tercer nivel de atención. El restante 17% de la inversión correspondió a unidades no médicas.

Tabla 51. Inversión realizada en materia de conservación y mantenimiento por tipo de programa a Nivel Central y Delegacional (millones de pesos), 2012

Programa	Central	Delegacional	Total
Mantenimiento a equipo médico	371.1	80.59	451.69
Mantenimiento a inmuebles	19.78	294.33	314.11
Mantenimiento a equipo electromecánico	27.15	199.32	226.47
Desinfección y fumigación	39.22	24.36	63.58
Total	457.25	598.6	1,055.85

Fuente: Subdirección de Conservación y Mantenimiento, ISSSTE.

Tabla 52. Inversión en conservación y mantenimiento por nivel de atención a nivel Central y Delegacional (inversión en millones de pesos), 2012

Programa	Nivel de atención		Inversión
	1	2	
Mantenimiento a equipo médico (Nivel Central)	1		32.74
	2		204.74
	3		133.62
	No Médicas		0.00
	Total		371.10
Mantenimiento a equipo médico (Nivel Delegacional)	1		5.12
	2		23.54
	3		43.55
	No Médicas		8.38
	Total		80.59
Mantenimiento a equipo electromecánico (Nivel Central)	1		0.00
	2		18.68
	3		5.76
	No Médicas		2.71
	Total		27.15
Mantenimiento a equipo electromecánico (Nivel Delegacional)	1		10.85
	2		77.07
	3		79.56
	No Médicas		31.84
	Total		199.32
Desinfección y fumigación (Nivel Central)	1		0.00
	2		22.9
	3		15.87

2013

Programa	Nivel de atención	Inversión
	No Médicas	0.45
	Total	39.22
Desinfección y fumigación (Nivel Delegacional)	1	1.86
	2	9.57
	3	6.50
	No Médicas	6.43
	Total	24.36
Mantenimiento de Inmuebles (Nivel Central)	1	0.12
	2	0.77
	3	1.96
	No Médicas	16.93
	Total	19.78
Mantenimiento de Inmuebles (Nivel Delegacional)	1	41.10
	2	106.64
	3	34.46
	No Médicas	112.13
	Total	294.33

Fuente: Subdirección de Conservación y Mantenimiento, ISSSTE.

Infraestructura no médica²⁰

Además de las instalaciones médicas, el ISSSTE cuenta con infraestructura para otorgar otro tipo de servicios a los derechohabientes tales como prestaciones económicas, servicios sociales y culturales. La distribución de esta infraestructura no médica se resume en la Tabla 53.

Tabla 53. Otra Infraestructura no médica

Infraestructura No Médica	Distrito Federal	Área Foránea	Total 2012
Velatorios	3	4	7
Centros de incineración	1	3	4
Centros culturales	9	49	58
Deportivos	2	5	7
Bibliotecas	7	36	43
Hoteles y balnearios	-	2	2
Talleres para pensionados y jubilados	23	80	103

²⁰El Capítulo V de este Informe presenta información adicional relativa a la Infraestructura no médica del ISSSTE, específicamente de las Estancias para el Bienestar y Desarrollo Infantil, las agencias de TurISSSTE, y las tiendas y farmacias del Instituto.

Infraestructura No Médica	Distrito Federal	Área Foránea	Total 2012
Convive	1	-	1
Comedores	1	1	2
Centros de capacitación	25	38	63
Foro cultural	1	-	1
Panteón	-	1	1
Total	73	219	292

Fuente: Jefatura de Servicios de Estadística Institucional, ISSSTE.

Inversión en obras médicas y no médicas

Derivado de la reforma de su Ley, el Instituto creó el Programa de Necesidades de Edificación 2007-2012, para dimensionar la necesidad de inmuebles médicos y no médicos a nivel nacional, con el fin de fortalecer su infraestructura. En este sentido, el ISSSTE ha realizado inversiones en obras por un monto de 7,763.8 mdp desde 2007. Estas obras se clasifican como: obra nueva, ampliaciones y/o remodelaciones y obra nueva para sustitución, y su distribución se muestra en la Gráfica 32.

Gráfica 32. Total de obras médicas y no médicas 2007-2012

	Médica	No Médica
Obra nueva	12	0
■ Obra nueva (Sustitución)	32	0
■ Ampliación/Remodelación	149	4

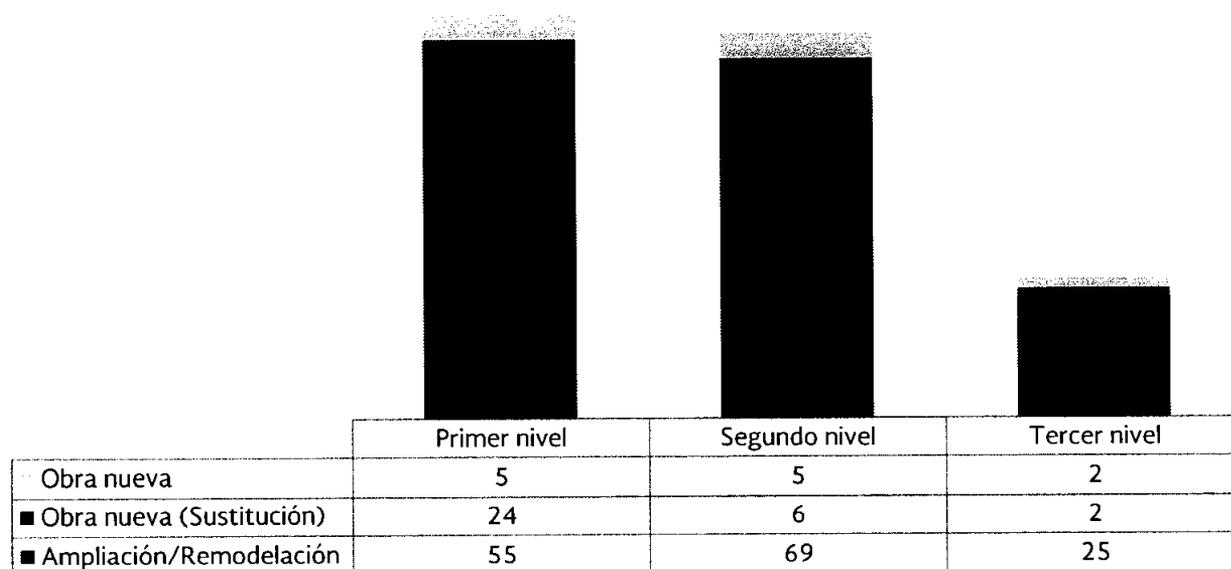
Fuente: Subdirección de Obras y Contratación, ISSSTE.

De la inversión total, 7,391.8 mdp se destinaron al desarrollo de obra médica y 372 mdp a obra no médica y proyectos de inversión sin obra asociada. La inversión por tipo de obra se detalla a continuación.

Obra médica

En el periodo 2007-2012, tal como se presenta en la Gráfica 33, se realizaron 193 obras de las cuales 43.5% corresponden al primer nivel, 41.5% al segundo nivel, y 15% al tercer nivel de atención.

Gráfica 33. Distribución de acciones de obras médicas por nivel de atención 2007-2012



Fuente: Subdirección de Obras y Contratación, ISSSTE.

98% de estas obras se encuentran concluidas. 3 obras que fueron comenzadas en 2012, quedan por concluir: dos ampliaciones, en el Hospital de Alta Especialidad “Valentín Gómez Farías” en Zapopan, Jalisco (con un avance de 82%) y en la Unidad de Medicina Familiar “A” Putla de Villa de Guerrero en Oaxaca (con un avance de 73%), y una obra de sustitución, la de la Clínica de Medicina Familiar de Querétaro, Querétaro (con un avance de 23%).

Capítulo VII

De las 193 obras referidas, 12.4% se ubican en el Distrito Federal y 87.6% en el resto de la República. Su distribución se muestra en la Tabla 54. Es importante señalar que todas las obras que se realizaron en el Distrito Federal se han concluido.

Tabla 54. Distribución de las obras médicas por nivel de atención y por Distrito Federal y Área Foránea, 2007-2012

Nivel de atención	Área Geográfica	Número de obras			Total
		Obra nueva	Obra nueva (Sustitución)	Ampliación y/o remodelación	
Primer	Distrito Federal			3	3
	Área Foránea	5	24	52	81
Segundo	Distrito Federal	2		6	8
	Área Foránea	3	6	63	72
Tercer	Distrito Federal			13	13
	Área Foránea	2	2	12	16

Fuente: Subdirección de Obras y Contratación, ISSSTE.

Las 12 obras nuevas realizadas en el periodo 2007-2012 que han sido concluidas han beneficiado a 11 delegaciones y han comprendido a todos los niveles de atención: cabe destacar que las delegaciones a donde se canalizó principalmente la inversión en obras fueron: Morelos, Querétaro, Estado de México, Veracruz, Michoacán y Coahuila. En todas ellas se realizaron obras nuevas u obras nuevas de sustitución de segundo y tercer nivel de atención. La distribución de obras nuevas en los últimos cinco años se muestra en la Tabla 55.

Tabla 55. Distribución de obras nuevas 2007-2012

Obra nueva	Nivel de atención	Entidad beneficiada
C.M.F. "A" Mesa de Otay	1	Baja California
H.G. "A" Saltillo	2	Coahuila
Complejo Zona Oriente	2	Distrito Federal
Complejo Zona Oriente	2	Distrito Federal
H.A.E. "Bicentenario de la Independencia"	3	Estado de México
C.E. León	2	Guanajuato
C.E. y CE.CI.S. Guadalajara	2	Jalisco
H.A.E. "Centenario de la Revolución Mexicana", Cuernavaca	3	Morelos

2013

INFORME FINANCIERO Y ACTUARIAL

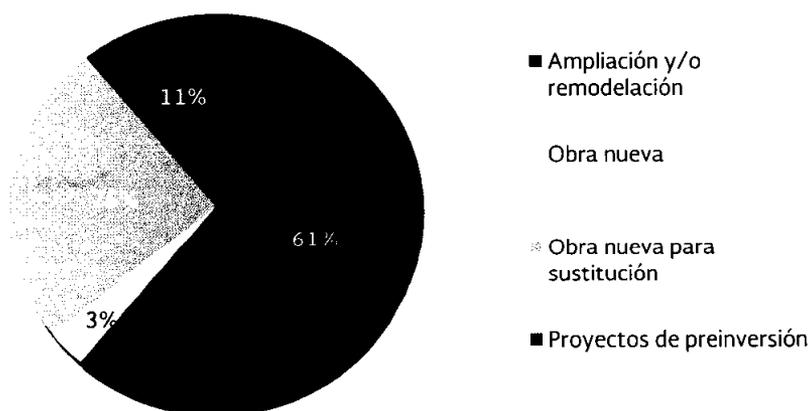
Obra nueva	Nivel de atención	Entidad beneficiada
C.M.F. "A" Escobedo	1	Nuevo León
C.M.F. "B" Tampico	1	Tamaulipas
U.M.F. "E" Zacatelco	1	Tlaxcala
C.M.F. "B" "Heroica Veracruz"	1	Veracruz

Fuente: Subdirección de Obras y Contratación, ISSSTE.

Notas: CMF: Clínica de Medicina Familiar, HG: Hospital General, HAE: Hospital de Alta Especialidad, CE: Clínica de Especialidades, UMF: Unidad de Medicina Familiar.

En 2012, el monto invertido en obras médicas ascendió a 498.9 mdp, con el que se desarrollaron un total de 25 obras y tres estudios de pre inversión. La distribución de estas obras por tipo se muestra en la Gráfica 34, que destaca que 61% de lo desarrollado corresponde a acciones de ampliación y/o remodelación. Es destacable que, del total de la inversión realizada en 2012, la mayor parte correspondió al tercer nivel de atención (39%). Al segundo nivel de atención correspondió 37% de la inversión y 24% al primer nivel.

Gráfica 34. Distribución por tipo de obra, 2012



Fuente: Subdirección de Obras y Contratación, ISSSTE.

Obra no médica

En el periodo 2007-2012 se realizaron cuatro acciones de ampliación y remodelación de unidades no médicas con una inversión total de 226.5 mdp. Esta inversión se destinó a tres obras del Distrito Federal, la Escuela de Dietética y Nutrición, en el inmueble de

Capítulo VII

Avenida de la República 154 y en las oficinas de Buenavista, así como en las Oficinas Delegacionales de Campeche. De igual manera, se llevó a cabo una inversión de 145.5 mdp en 110 estudios de pre inversión que no tuvieron acciones de obra, con lo que la inversión total en este tipo de trabajos ascendió a 372 mdp.

Para 2012, el monto invertido en obras no médicas ascendió a 187.6 mdp, con los que se desarrollaron acciones de ampliación y/o remodelación a las oficinas administrativas de Buenavista, ubicadas en el Distrito Federal.

2013

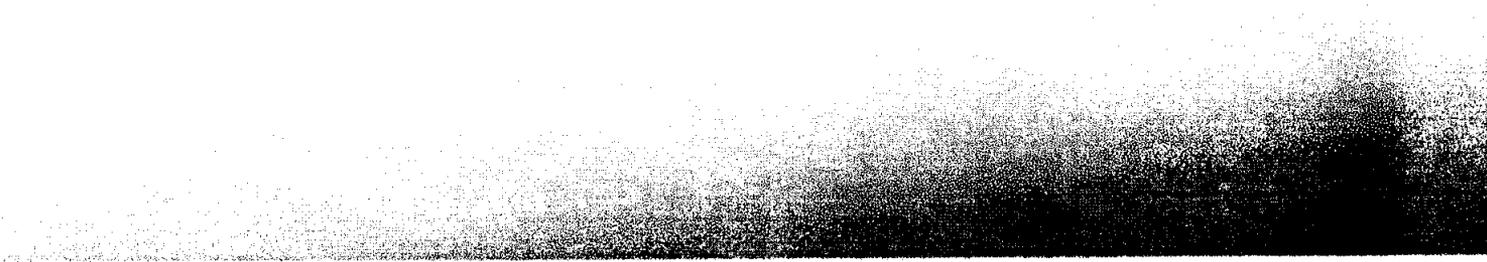
INFORME FINANCIERO Y ACTUARIAL



CONCLUSIONES



ISSSTE



Conclusiones

Con la presentación del IFA 2013 al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión, se da cumplimiento al Artículo 214, Fracción XIX de la Ley del ISSSTE. A continuación, se brinda una serie de conclusiones sobre la situación que enfrentó el Instituto al cierre del ejercicio fiscal 2012 y otros hallazgos derivados del Informe.

Los cambios en el perfil demográfico y epidemiológico de la población derechohabiente del ISSSTE significan para el Instituto importantes desafíos. El envejecimiento de la población y la mayor presencia de enfermedades crónico-degenerativas previsiblemente determinarán un crecimiento del gasto, especialmente en materia de atención médica y pensiones. Derivado de las tendencias demográficas y epidemiológicas se otorgan pensiones por periodos cada vez más prolongados y se brinda atención médica a pacientes con enfermedades complejas que demandan con mayor frecuencia hospitalización, consultas y medicamentos.

Otro factor externo que se enfrenta es el entorno económico del país. En particular, se destaca el estancamiento del salario como la base principal en la determinación de los ingresos con los que opera el Instituto (cuotas y aportaciones). Entre 2001 y 2012, el crecimiento del salario fue de apenas 2.1% para los cotizantes a salud, mientras que los costos de atención a la salud que enfrentó el Instituto crecieron a una tasa de 5.0% anual para el mismo periodo. Asimismo, la tendencia a la baja de las tasas de interés también afecta las finanzas del ISSSTE, pues influye negativamente en la obtención de rendimientos de las reservas.

Si bien el estado financiero conjunto del Instituto parece reflejar un adecuado balance de ingreso y gasto, incluso con un superávit de 5,741 mdp, el análisis de cada uno de los nueve fondos del Instituto revela que ese resultado sólo se explica gracias a las transferencias gubernamentales, ya que hay un déficit en cuatro de ellos.

Conclusiones

Para el caso del Seguro de Salud, de acuerdo con el estado de actividades por fondo, las cuotas y aportaciones asignadas para su financiamiento son menores que los gastos que se generan para atender la demanda de servicios médicos. Al cierre del año 2012, este seguro mostró un déficit de 2,471 mdp.

El déficit del Seguro de Salud se deriva principalmente de los costos de atención de los pensionados a partir de la entrada en vigor de la Ley, ya que su única fuente de financiamiento es la cuota social que aporta el Gobierno Federal. Este ingreso resulta insuficiente, pues cubre apenas una cuarta parte de los gastos médicos asociados a este importante segmento de derechohabientes.

Las proyecciones y estimaciones actuariales realizadas en el marco de este Informe confirman el carácter deficitario del Seguro de Salud, situación que no sólo se mantendrá en 2013 sino que se incrementará en el futuro.

En la misma línea, se estima que los ingresos actuales por cuotas y aportaciones (11.47% del sueldo básico) más la cuota social (9.48 pesos diarios) y la reserva financiera y actuarial de este seguro (34,860 mdp) sólo alcanzarían a cubrir los gastos de este seguro por seis años, dos años menos a lo reportado en el IFA del año pasado, derivado de la salida de recursos de la Reserva de este seguro a la de Invalidez y Vida y Riesgos del Trabajo para la devolución convenida de ingresos al Gobierno Federal. Ante esta situación, el Instituto tiene una alternativa: solventar el déficit vía transferencias del Gobierno Federal, como se ha venido operando en los pasados ejercicios fiscales o mediante el uso de las reservas actualmente existentes.

2013

Para el mediano plazo se considera la opción del incremento de las aportaciones. Se estima que, para brindarle a este seguro un periodo de suficiencia por 20 años, se necesita llevar los ingresos de 11.47% a 14.02% del sueldo básico de los trabajadores, sin incluir la cuota social. Aunado a ello, se deberá trabajar en la eficiencia de la operación y el gasto.

En el tema de eficiencia y gasto de la operación del seguro, se han identificado factores de riesgos que son determinantes en la evolución del gasto y que podrían afectar de manera aún más importante sus finanzas.

El incremento en el costo y uso de nuevas tecnologías es uno de ellos. La tendencia creciente de los costos y la necesidad de su utilización obliga al Instituto a planear de mejor forma la compra, el uso y distribución de los recursos tecnológicos para el otorgamiento de los servicios médicos.

Otro riesgo detectado es el impacto financiero de la atención de un grupo de cinco enfermedades crónico-degenerativas (cardiovasculares, diabetes, insuficiencia renal, osteoartrosis e hipertensión arterial). Dichas enfermedades actualmente representan 20% del gasto en salud del Instituto. Ante ello, se vuelve una necesidad de primer orden la mejora en la planeación de los programas preventivos, mediante su focalización poblacional, seguimiento estadístico y una concientización de los derechohabientes en el costo de la salud y el autocuidado.

De acuerdo con el estado de actividades por fondo, el Seguro de Invalidez y Vida al cierre del ejercicio 2012 reportó un superávit por 76 mdp. Las proyecciones realizadas para este Informe estiman que el seguro operará con los ingresos actuales, sin hacer uso de las reservas hasta el año 2017. A partir de este año, el seguro empleará la reserva financiera y actuarial para sufragar su déficit y se espera que, a partir del año 2024, requerirá recursos adicionales para su operación.

Es de destacar que el periodo de suficiencia para este seguro es cinco años menor respecto a lo reportado en el IFA 2012, debido al cumplimiento de la devolución al Gobierno Federal de las cuotas y aportaciones y el costo en los montos constitutivos que se pagan a las compañías aseguradoras para la contratación de pensiones.

De igual manera, se estima que los ingresos actuales por cuotas y aportaciones (1.25% del sueldo básico) más la reserva financiera y actuarial de este seguro (816 mdp) cubrirán 11 años los gastos del seguro.

Para brindar suficiencia durante todo el periodo de proyección (100 años) a este seguro, se necesitaría llevar los ingresos de 1.25% a 2.12% del sueldo básico de los trabajadores.

2013

Conclusiones

Un riesgo significativo para las finanzas de este seguro es la tendencia decreciente de las tasas de referencia empleadas para la contratación de una pensión de invalidez y vida a través de una compañía aseguradora. En el IFA anterior, con una tasa de 3% se calculaba una suficiencia (eliminando el efecto de la reservas) de siete años (2013-2019). Considerando una tasa de 2.75%, el seguro tiene una disminución de dos años en la suficiencia (2013-2017). El que la tasa promedio en el mes de febrero se haya registrado en 1.49% es un foco rojo para el Instituto.

El Seguro de Riesgos del Trabajo, por su parte, resultó deficitario al cierre del ejercicio 2012 por 262 mdp, en virtud del compromiso con el Gobierno Federal antes mencionado.

De acuerdo con las estimaciones actuariales, este seguro operará con los ingresos actuales sin hacer uso de las reservas durante el periodo de proyección, lo que indica que los ingresos actuales por concepto de aportaciones (0.75% del sueldo básico) más la Reserva Financiera y Actuarial de este seguro (306 mdp) son suficientes.

Al igual que en el Seguro de Invalidez y Vida, un factor determinante en la evolución de este seguro es la tasa empleada para la contratación de las pensiones por incapacidad profesional y muerte, mediante una compañía aseguradora. La tendencia a la baja de las mismas representa una alarma para la actual administración del ISSSTE. En este caso, una tasa de 1% para la determinación de los montos constitutivos implicaría que el seguro no tuviera ingresos suficientes para sufragar el gasto desde el primer año de proyección.

La situación financiera de los Servicios Sociales y Culturales que otorga el ISSSTE también presenta dificultades. De acuerdo con el estado de actividades, al cierre del ejercicio 2012 los servicios sociales y culturales reportaron un déficit por 2,106 mdp. Los conceptos más representativos en el gasto por el tamaño del monto son los servicios personales y el costo de venta de SuperISSSTE (65% del total de gasto).

Esta tendencia deficitaria se ha observado históricamente al menos desde 2008, y se estima que podrá presentarse incluso hasta 2018, de acuerdo con las proyecciones financieras realizadas en el marco de este Informe. Las estimaciones muestran que se requieren, de manera adicional, ingresos equivalentes a 1.65% del sueldo básico.

Especial atención merece la situación de las Estancias de Bienestar y Desarrollo Infantil del Instituto, que actualmente, y debido a no contar con la capacidad operativa ni personal de atención suficiente, han incurrido en retrasos a la hora de atender solicitudes.

En lo tocante a las reservas del Instituto, su saldo a valor de adquisición fue de 56,575 mdp al cierre de 2012.

Uno de los hallazgos más importantes en este ámbito es que, por segundo año consecutivo, las presiones de gasto impidieron la constitución de reservas al cien por ciento. El PAACR de 2012 estableció un monto teórico de 5,486 mdp, pero sólo fue posible adicionar a las reservas 1,313 mdp, es decir, menos de una cuarta parte de lo requerido. Más aún, los cálculos actuariales estiman necesario, para 2013, un incremento en reservas por 9,597 mdp, de los cuales únicamente se podrá constituir 31 por ciento.

De acuerdo a la Ley, las diversas reservas del ISSSTE tienen destinos específicos. No obstante, de 2008 a 2012 se acumularon recursos en las reservas del Seguro de Salud que correspondían a Invalidez y Vida y Riesgos del Trabajo, por lo que se realizó un cruce de recursos entre seguros y una utilización de las reservas para necesidades que no corresponden a la cobertura de cada seguro.

En cuanto al estado que guardan las instalaciones y equipos del Instituto, el Informe muestra que existe un deterioro considerable debido a la antigüedad de buena parte de sus bienes muebles e inmuebles, por lo que será impostergable sustituirlos o modernizarlos. De igual forma el equipo médico y la capacidad instalada en las unidades médicas requieren de mantenimiento y/o su remplazo. Sobre este rubro, el Instituto ya se encuentra analizando alternativas de financiamiento.

Nuestro objetivo es posicionar al ISSSTE como una institución que garantice la protección integral de los trabajadores al servicio del Estado, de sus pensionados, y de sus familias; ser una institución con la cual nuestros más de 12 millones de afiliados se identifiquen y de la que se sientan orgullosos; que convierta el ejercicio pleno de su derecho a la seguridad social y a la protección de la salud en una realidad, con servicios con calidad y

Conclusiones

calidez, que hagan frente a las actuales transformaciones demográficas que experimentamos.

Desde el Instituto, buscamos contribuir a la construcción del Estado eficaz que genere los resultados que México demanda. Estamos convencidos que la salud y la seguridad social no sólo deben ser derechos consagrados en nuestra Constitución, sino una cuestión de justicia social efectiva para nuestro desarrollo. México no puede aspirar a ser el país incluyente y próspero que queremos si no logra garantizar el acceso a la salud, con eficacia, calidad y equidad.

ANEXOS



ISSSTE

Anexos

Anexo I. Beneficios, cobertura, financiamiento y riesgos cubiertos

El Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los trabajadores del Estado tiene como objetivo procurar la seguridad social de los trabajadores al servicio del Estado, ya sean activos o pensionados, así como a sus familiares derechohabientes. Encaminado a ello, otorga diversos seguros, prestaciones y servicios enfocados al bienestar integral del derechohabiente, y se detallan a continuación.

De acuerdo al Artículo 1° de la Ley del ISSSTE, ésta se aplicará a las Dependencias, Entidades, trabajadores al servicio civil, pensionados y familiares derechohabientes, de:

- I. La Presidencia de la República, las Dependencias y Entidades de la Administración Pública Federal, incluyendo al propio Instituto;
- II. Ambas cámaras del Congreso de la Unión, incluidos los diputados y senadores, así como los trabajadores de la Entidad de Fiscalización Superior de la Federación;
- III. El Poder Judicial de la Federación, incluyendo a los ministros de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, magistrados y jueces, así como consejeros del Consejo de la Judicatura Federal;
- IV. La Procuraduría General de la República;
- V. Los órganos jurisdiccionales autónomos;
- VI. Los órganos con autonomía por disposición constitucional;
- VII. El Gobierno del Distrito Federal, sus órganos político administrativos, sus órganos autónomos, sus Dependencias y Entidades, la Asamblea Legislativa del Distrito Federal, incluyendo sus diputados, y el órgano judicial del Distrito

Federal, incluyendo magistrados, jueces y miembros del Consejo de la Judicatura del Distrito Federal, conforme a su normatividad específica y con base en los convenios que celebren con el Instituto, y

- VIII. Los gobiernos de las demás Entidades Federativas de la República, los poderes legislativos y judiciales locales, las administraciones públicas municipales, y sus trabajadores, en aquellos casos en que celebren convenios con el Instituto en los términos de la Ley del ISSSTE.

Coberturas

La seguridad social de los trabajadores del Estado comprende dos regímenes:

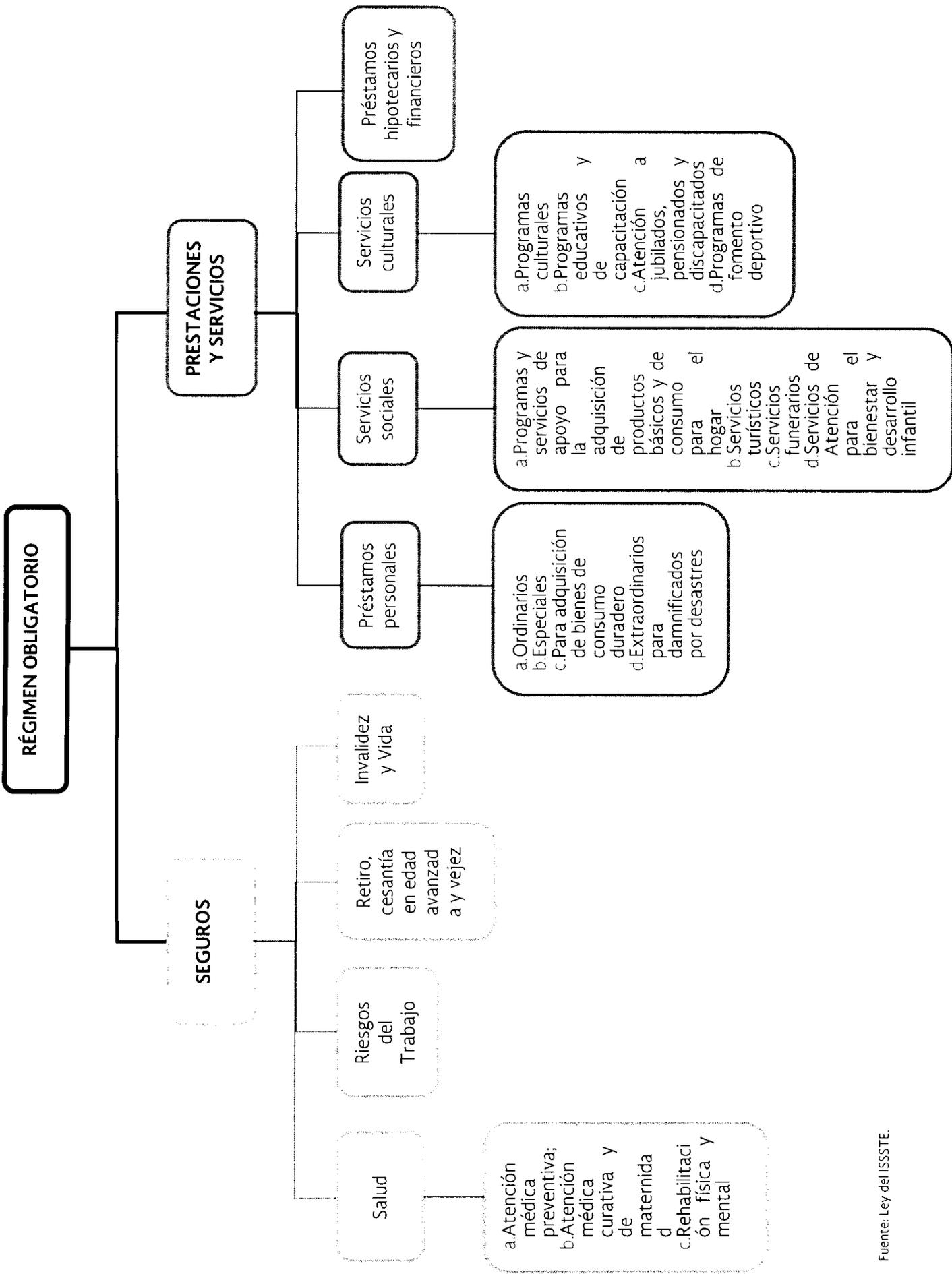
- Un régimen que establece con carácter de obligatorio los seguros, prestaciones y servicios disponibles en el Instituto, y;
- Un régimen voluntario que permite a los trabajadores que dejen de prestar sus servicios, la continuación voluntaria de los seguros del régimen obligatorio, y/o la incorporación de Entidades Federativas o municipios, a fin de que sus trabajadores y familiares derechohabientes reciban los seguros, prestaciones y servicios que cubre el ISSSTE.

Por lo que se refiere al esquema pensionario, la Ley del ISSSTE considera:

- Un esquema de cuentas individuales para los trabajadores que ingresaron a partir de 2007, fecha en que entró en vigor la Ley del ISSSTE, así como para el personal que ingresó antes de dicha fecha y que optó por migrar a este esquema.
- Un esquema transitorio para los trabajadores que ingresaron antes de la entrada en vigor de la Ley y que eligieron permanecer en el sistema de reparto (Artículo Décimo Transitorio).

Régimen Obligatorio

El régimen obligatorio contempla los siguientes seguros y prestaciones:



Fuente: Ley del ISSSTE.

1. Seguros

1.1. Seguro de Salud

El Seguro de Salud tiene por objeto proteger, promover y restaurar la salud de sus derechohabientes a través de servicios de salud, que incluyen los preventivos, curativos, de maternidad y de rehabilitación física y mental, e incluye, tanto una función prestadora de servicios de salud, como una función financiera de servicios de salud. Este seguro se brinda a los trabajadores activos, pensionados y es extensiva a los familiares derechohabientes, quienes tienen derecho al seguro siempre que el trabajador o el pensionado tengan derecho a los servicios y prestaciones.

Es importante señalar que si un trabajador es dado de baja, éste conservará los derechos a recibir los beneficios del Seguro de Salud en los 2 meses siguientes a la baja, al igual que sus familiares derechohabientes, siempre que haya prestado servicios ininterrumpidos inmediatamente antes de la separación, durante un mínimo de 6 meses.

Los servicios y prestaciones en especie y en dinero que otorga este seguro son:



Fuente: Ley del ISSSTE.

En caso de que el trabajador presente un padecimiento médico, el Instituto brindará la atención médica necesaria y en el caso de que el padecimiento imposibilite al trabajador para desempeñar su actividad laboral, tendrá derecho a licencia con goce de sueldo o con medio sueldo pagado por la Dependencia o Entidad en que labore, conforme a la Tabla 56.

Tabla 56. Licencias por enfermedad no profesional con cargo a la dependencia o Entidad

Antigüedad	Días de licencia	
	Sueldo completo	Medio sueldo
Menor a 1 año	Hasta 15 días	Hasta 15 días
De 1 a 5 años	Hasta 30 días	Hasta 30 días
De 5 a 10 años	Hasta 45 días	Hasta 45 días
Más de 10 años	Hasta 60 días	Hasta 60 días

Fuente: Ley del ISSSTE.

Si al vencer la licencia con medio sueldo continúa la imposibilidad para desempeñar su labor, se le otorga al trabajador una licencia sin goce de sueldo mientras dure la incapacidad, hasta por 52 semanas desde que inició el padecimiento. Durante esta licencia, el Instituto cubre un subsidio en dinero equivalente 50% del Sueldo Básico que percibía el trabajador al ocurrir la incapacidad.

Si al concluir ese primer periodo de 52 semanas, el trabajador continúa enfermo, el Instituto puede extender su tratamiento hasta por 52 semanas más, previo dictamen médico. De estas últimas el Instituto sólo cubrirá el subsidio anterior hasta por 26 semanas. Finalmente, al concluir el segundo periodo, el Instituto deberá dictaminar sobre la procedencia de la invalidez del trabajador.

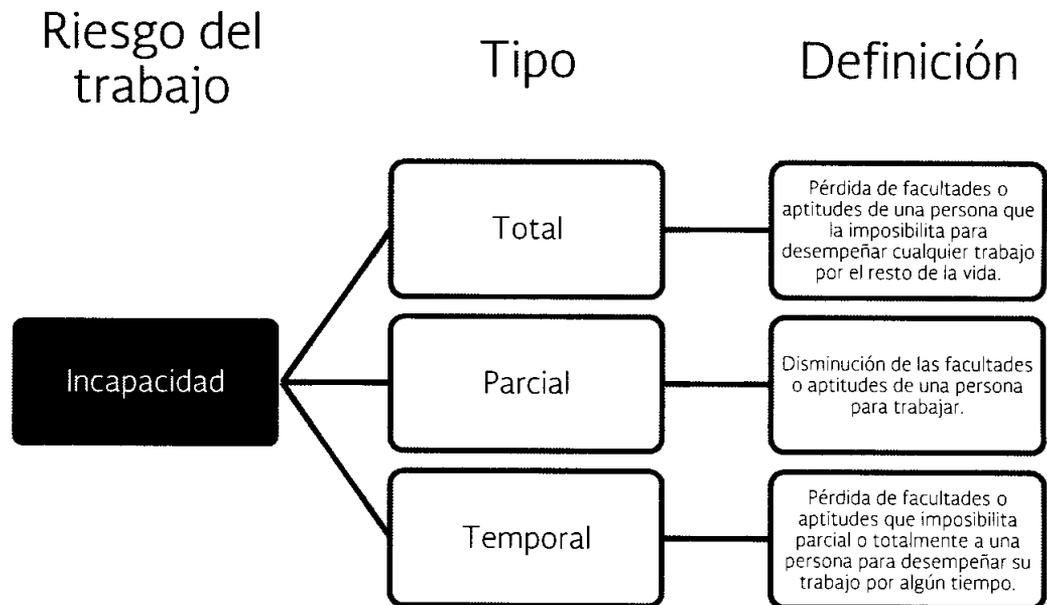
1.2. Seguro de Riesgos del Trabajo

La Ley establece el Seguro de Riesgos del Trabajo con objeto de cubrir los accidentes y enfermedades a los que están expuestos los trabajadores en el ejercicio o con motivo del trabajo, así como durante el traslado de su domicilio o de la estancia de bienestar infantil de sus hijos, al lugar en que desempeñe su trabajo y viceversa.

Las prestaciones en dinero que concede este seguro serán cubiertas íntegramente con la aportación a cargo de las Dependencias y Entidades, y las prestaciones en especie serán cubiertas íntegramente por el Seguro de Salud.

El Instituto cubre al trabajador en caso de que un riesgo del trabajo le produzca incapacidad o muerte.

Incapacidad



Fuente: Ley del ISSSTE.

El trabajador que sufra un riesgo del trabajo tiene derecho a las siguientes prestaciones tanto en dinero como en especie, conforme a la Tabla 57.

Tabla 57. Prestaciones en especie y en dinero para los trabajadores que sufran un riesgo del trabajo

Tipo de incapacidad	Prestaciones en	
	Dinero	Especie
Incapacidad temporal:	<ul style="list-style-type: none"> La Dependencia otorga licencia con goce de 100% del sueldo, hasta que termine la incapacidad cuando ésta sea temporal, o bien hasta que se declare la incapacidad permanente del trabajador. 	<ul style="list-style-type: none"> Diagnóstico, asistencia médica, quirúrgica y farmacéutica;
Incapacidad parcial:	<ul style="list-style-type: none"> Pensión conforme a la tabla de valuación de incapacidades de la Ley Federal del Trabajo, atendiendo al Sueldo Básico que percibía el trabajador al ocurrir el riesgo y los aumentos posteriores que correspondan al empleo que desempeñaba hasta determinarse la pensión. 	<ul style="list-style-type: none"> Servicio de hospitalización; Aparatos de prótesis y ortopedia, y
Incapacidad total:	<ul style="list-style-type: none"> Pensión vigente hasta que cumpla 65 años, mediante la 	<ul style="list-style-type: none"> Rehabilitación.

Tipo de Incapacidad	Prestaciones en Dinero	Especie
	<p>contratación de un seguro de pensión que le otorgue una renta, igual al sueldo básico que venía disfrutando el trabajador al presentarse el riesgo, cualquiera que sea el tiempo que hubiere estado en funciones. La cuantía de este beneficio será hasta por un monto máximo de 10 veces el salario mínimo.</p>	
	<ul style="list-style-type: none"> • Gratificación anual igual en número de días a las concebidas a los trabajadores en activo de la Administración Pública Federal. 	

Fuente: Ley del ISSSTE.

El trabajador puede elegir la aseguradora que prefiera para el pago del seguro de pensión. La renta otorgada al pensionado incapacitado debe cubrir:

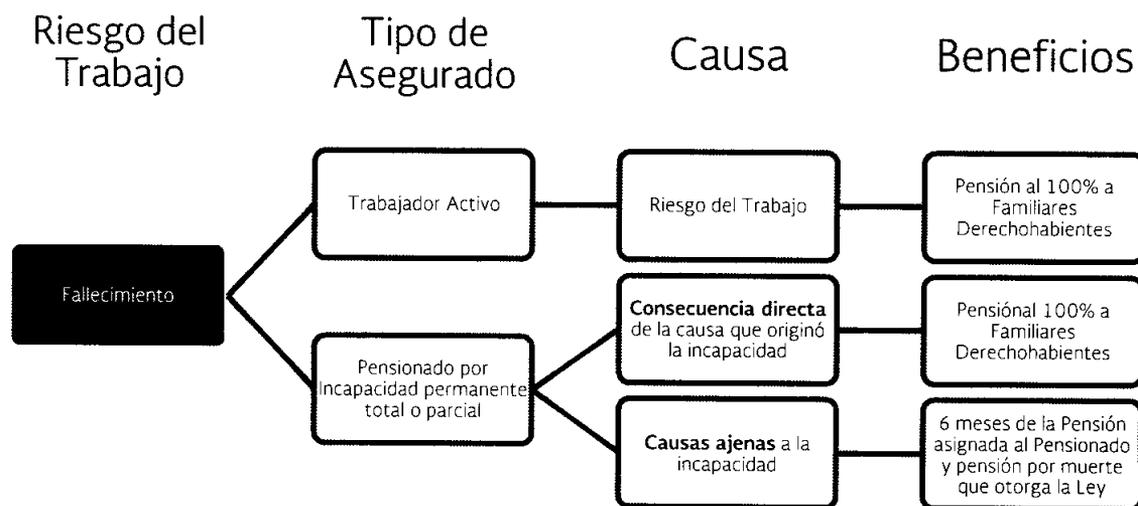
- La pensión, y
- Las cuotas y aportaciones a la cuenta individual del Seguro de Retiro, Cesantía en Edad Avanzada y Vejez en los términos de la Ley.

Terminada la vigencia del contrato de seguro de pensión, si el trabajador reúne los requisitos correspondientes tendrá derecho a recibir su pensión de vejez, de lo contrario recibirá la pensión garantizada²¹.

Muerte

Cuando fallezca un trabajador o pensionado por incapacidad permanente, total o parcial, se aplican las siguientes reglas:

²¹ Artículo 92 de la Ley del ISSSTE



Fuente: Ley del ISSSTE.

1.3. Seguro de Invalidez y Vida

El trabajador se encuentra expuesto a accidentes y enfermedades que no necesariamente serán catalogados como riesgos del trabajo, por lo que el Instituto considera estas eventualidades dentro de sus coberturas con un esquema distinto.

Invalidez

Se considera invalidez, de acuerdo a la Ley, cuando el trabajador activo haya quedado imposibilitado para procurarse, mediante un trabajo igual y que no pueda alcanzar una remuneración superior 50% de la habitual, percibida durante el último año de trabajo, y que esa imposibilidad derive de una enfermedad o accidente no profesional. Si un pensionado por invalidez desempeña un trabajo que le proporciona un ingreso mayor al anterior, el pago de la pensión se suspenderá.

La pensión por invalidez se otorga a los trabajadores que se inhabiliten física o mentalmente por causas ajenas al desempeño de su trabajo, siempre que se haya realizado el pago de las cuotas correspondientes al Instituto cuando menos durante 5 años. En el caso que el dictamen respectivo determine 75% o más de invalidez, sólo se requerirá que hayan contribuido con sus Cuotas durante 3 años.

El pensionado por Invalidez tendrá derecho a:

- a) **Pensión temporal.** Tendrá carácter provisional, por un periodo de adaptación de 2 años, durante los cuales será pagada con cargo a las reservas de este seguro por parte del Instituto. Transcurrido el periodo de adaptación, la pensión se considerará como definitiva debiéndose contratar un seguro de pensión que le otorgue la renta correspondiente.
- b) **Pensión definitiva.** Comienza a partir del día siguiente del término de la pensión temporal y estará vigente hasta que el pensionado cumpla 65 años y 25 años de cotización. La pensión se cubrirá mediante la contratación de un seguro de pensión con una aseguradora.

La pensión que obtendrá el trabajador será igual a una cuantía básica de 35% del promedio del sueldo básico del último año inmediato anterior a la fecha de la baja del trabajador, la cuantía de este beneficio será hasta por un monto máximo de 10 veces el salario mínimo.

El trabajador puede elegir a la aseguradora de su preferencia para el seguro de pensión cuando ésta sea definitiva. El Instituto calculará el monto necesario, conforme a las reglas emitidas por la CNSF y, el propio Instituto entregará dicha suma a la aseguradora elegida por el trabajador.

La renta otorgada al pensionado por invalidez debe cubrir:

- La pensión, y
- Las cuotas y aportaciones a la cuenta individual del Seguro de Retiro, Cesantía en Edad Avanzada y Vejez en los términos de la Ley del ISSSTE.

Es responsabilidad de la aseguradora elegida realizar el pago mensual de la pensión y de la gratificación anual, así como del pago bimestral de las cuotas y aportaciones correspondientes al Seguro de Retiro, Cesantía en Edad Avanzada y Vejez en la cuenta individual del pensionado.

Terminada la vigencia del contrato de seguro de pensión, el trabajador recibirá su pensión de vejez, en caso de que no reúna los requisitos correspondientes, recibirá la pensión garantizada.

Muerte

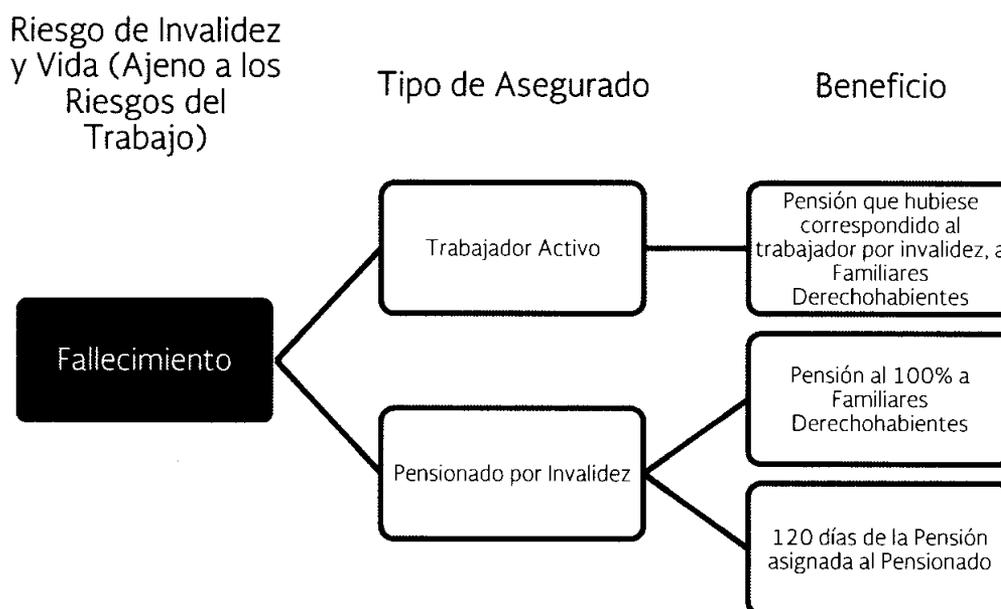
Cuando un trabajador fallece por causas ajenas al servicio, siempre que haya cotizado al Instituto al menos por 3 años, da origen a las pensiones de viudez, concubinato, orfandad o ascendencia en su caso, de acuerdo al siguiente orden:

- I. El cónyuge supérstite sólo si no hay hijos o en concurrencia con éstos si los hay y son menores de 18 años, o mayores, pero que estén incapacitados o imposibilitados parcial o totalmente para trabajar; o bien hasta 25 años previa comprobación de que están realizando estudios de nivel medio o superior y que no tengan trabajo;

A falta de cónyuge, la concubina o concubinario solo o en concurrencia con los hijos o éstos solos cuando reúnan las condiciones señaladas con anterioridad, siempre que la concubina haya tenido hijos con el trabajador o pensionado o el concubinario con la trabajadora o pensionada, o vivido en su compañía durante los 5 años que precedieron a su muerte y ambos hayan permanecido libres de matrimonio durante el concubinato. Si al morir el trabajador o pensionado tuviere varias concubinas o la trabajadora o pensionada tuviere varios concubinarios, ninguno tendrá derecho a pensión.

- II. A falta de cónyuge, hijos, concubina o concubinario la pensión se entregará a la madre o padre conjunta o separadamente y a falta de éstos a los demás ascendientes, en caso de que hubiesen dependido económicamente del trabajador o pensionado;

Los hijos adoptivos sólo tendrán derecho a la pensión por orfandad, cuando la adopción se haya hecho por el trabajador o pensionado antes de haber cumplido 55 años de edad.



Fuente: Ley del ISSSTE.

Los familiares derechohabientes del trabajador o pensionado fallecido, en el orden establecido, tienen derecho a una pensión equivalente a 100% de la que hubiese correspondido al trabajador por invalidez o de la pensión que venía disfrutando el pensionado, y a la misma gratificación anual a que tuviera derecho el pensionado.

Cuando fallezca un pensionado, la aseguradora que viniese cubriendo la pensión entregará a sus deudos o a las personas que se hubiesen hecho cargo de la inhumación, el importe de 120 días de pensión por concepto de gastos de funerales.

El saldo acumulado en la cuenta individual del trabajador o pensionado por riesgos del trabajo o invalidez fallecido, podrá ser retirado por sus familiares derechohabientes en una sola exhibición o utilizado para contratar un seguro de pensión que le otorgue una renta por una suma mayor.

1.4. Seguro de Retiro, Cesantía en Edad Avanzada y Vejez

Este seguro se basa en un esquema de contribución definida, por lo que el monto de la pensión dependerá del saldo acumulado al final de la vida laboral del trabajador en su cuenta individual, la expectativa de vida que se tenga al momento de la jubilación y del grupo familiar.

Para los efectos de este seguro, todo trabajador debe contar con una cuenta individual operada por la administradora que elija. La cuenta individual se integrará por las siguientes subcuentas:



Las cuotas, aportaciones, y los recursos correspondientes al ahorro solidario se depositan en la cuenta individual de cada trabajador, y el saldo de ésta se determina con base en el sueldo básico del trabajador, su carrera salarial, los rendimientos obtenidos por la inversión de las contribuciones y las comisiones que cobren las afores por su administración.

Para gozar de los beneficios de este seguro, el trabajador debe reunir los requisitos de edad y antigüedad establecidos en la Tabla 58, dependiendo del tipo de pensión:

Tabla 58. Requisitos para gozar los beneficios del Seguro de Retiro, Cesantía en Edad Avanzada y Vejez

Tipo de pensión	Edad	Antigüedad
Cesantía en Edad Avanzada	60 años	25 años
Vejez	65 años	25 años

Fuente: Ley del ISSSTE.

Para disfrutar de su pensión, los trabajadores pueden optar por alguna de las siguientes alternativas:



El Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) es una pieza fundamental del sistema de bienestar social mexicano. La amplia gama de servicios y prestaciones que ofrece -desde un seguro de salud hasta guarderías, pasando por créditos para vivienda- protegen y elevan la calidad de vida de más de 12 millones de mexicanos.

Por la importancia del Instituto y la actualidad del debate sobre la sostenibilidad de los sistemas de seguridad social, el presente Informe Financiero y Actuarial (IFA) 2013 se vuelve una referencia obligada.

El IFA 2013 es un diagnóstico de las finanzas del ISSSTE y de sus órganos desconcentrados al 31 de diciembre de 2012, y es por lo tanto un punto de partida para la toma de decisiones y la planeación institucional. El resultado que arroja no deja lugar a dudas: existe una realidad de suficiencia económica limitada y de viabilidad financiera comprometida a largo plazo para el Instituto.

La publicación de este documento no sólo refrenda el compromiso de la presente administración del ISSSTE con la transparencia y la rendición de cuentas en materia financiera, sino que, de igual manera, refuerza la convicción de encontrar esquemas que permitan garantizar la calidad y oportunidad en el otorgamiento de los beneficios que el Instituto brinda por Ley a sus derechohabientes.

Confiamos en que su lectura, discusión y análisis por parte de funcionarios, legisladores, especialistas y público en general impulsarla, aunque sea modestamente, el éxito de nuestro proyecto colectivo: un México más incluyente y más próspero.

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

Tabla 57. Prestaciones en especie y en dinero para los trabajadores que sufran un riesgo del trabajo	160
Tabla 58. Requisitos para gozar los beneficios del Seguro de Retiro, Cesantía en Edad Avanzada y Vejez	166
Tabla 59. Tipos de préstamos personales	169
Tabla 60. Edad mínima de pensiones por jubilación, edad y tiempo de servicio, cesantía en edad avanzada	173
Tabla 61. Porcentaje del promedio del sueldo básico del último año de servicio	173
Tabla 62. Porcentaje del promedio del sueldo básico del último año de servicio	174
Tabla 63. Contribuciones al ISSSTE como porcentaje del sueldo básico	175
Tabla 64. Hipótesis y supuestos de valuación	176

Tabla 38. Incremento teórico a las reservas para el año 2013 (millones de pesos)	117
Tabla 39. Antigüedad promedio de las unidades médicas de primer nivel de atención, por Delegación 2012	123
Tabla 40. Antigüedad promedio de las unidades médicas de segundo nivel de atención, por Delegación 2012	124
Tabla 41. Antigüedad promedio de las unidades médicas de tercer nivel de atención, por Delegación 2012	125
Tabla 42. Equipo médico especializado por categoría, instalado dentro de las unidades médicas del ISSSTE, 2012	126
Tabla 43. Equipo médico especializado por rubro y ubicación geográfica instalado dentro de las unidades médicas del ISSSTE, 2012	128
Tabla 44. Recursos materiales dentro de las unidades médicas del ISSSTE, 2012	130
Tabla 45. Camas, distribución porcentual, por tipo de especialidad y ocupación ISSSTE, 2012	131
Tabla 46. Camas, distribución porcentual del estado de conservación por nivel de atención, 2012	132
Tabla 47. Ambulancias, distribución porcentual del estado de conservación por nivel de atención, 2012	133
Tabla 48. Bienes adquiridos en 2012 en orden de relevancia por monto de inversión	134
Tabla 49. Funcionalidad que guarda el equipo médico a nivel Central del ISSSTE, 2012	135
Tabla 50. Funcionalidad que guarda el equipo médico, con mayor relevancia de atención a nivel Central del ISSSTE, 2012	135
Tabla 51. Inversión realizada en materia de conservación y mantenimiento por tipo de programa a Nivel Central y Delegacional (millones de pesos), 2012	138
Tabla 52. Inversión en conservación y mantenimiento por nivel de atención a nivel Central y Delegacional (inversión en millones de pesos), 2012	138
Tabla 53. Otra Infraestructura no médica	139
Tabla 54. Distribución de las obras médicas por nivel de atención y por Distrito Federal y Área Foránea, 2007-2012	142
Tabla 55. Distribución de obras nuevas 2007-2012	142
Tabla 56. Licencias por enfermedad no profesional con cargo a la dependencia o Entidad	159

Tabla 18. Periodos de suficiencia por vertiente del Seguro de Salud. Escenario II	78
Tabla 19. Estado de actividades del Seguro de Riesgos del Trabajo (millones de pesos)	85
Tabla 20. Estado de actividades del Seguro de Invalidez y Vida (millones de pesos)	86
Tabla 21. Proyecciones financieras del Seguro de Riesgos del Trabajo (millones de pesos constantes al 31 de diciembre de 2012)	87
Tabla 22. Balance actuarial al 31 de diciembre de 2012 del Seguro de Riesgos del Trabajo	88
Tabla 23. Proyecciones financieras del Seguro de Invalidez y Vida (millones de pesos constantes al 31 de diciembre de 2012)	89
Tabla 24. Balance actuarial al 31 de diciembre de 2012 del Seguro de Invalidez y Vida, considerando 100 años de proyección	91
Tabla 25. Impacto de tasa de referencia y mortalidad para la determinación de montos constitutivos de Riesgos del Trabajo (incapacidad-mujeres)	93
Tabla 26. Impacto de tasa de referencia y mortalidad para la determinación de montos constitutivos de Invalidez y Vida (invalidez-mujeres)	93
Tabla 27. Estado de actividades de los Servicios Sociales y Culturales (millones de pesos)	100
Tabla 28. Proyecciones financieras de los Servicios Sociales y Culturales (millones de pesos constantes al 31 de diciembre de 2012)	101
Tabla 29. Estado de actividades del SuperISSSTE (millones de pesos)	103
Tabla 30. Estado de actividades del TurISSSTE (miles de pesos)	104
Tabla 31. Niños atendidos en las EBDIS, 2011 y 2012	105
Tabla 32. Distribución de EBDIS por Delegación Institucional, 2012	105
Tabla 33. Monto ejercido por Delegación Institucional en el programa de protección civil (millones de pesos)	107
Tabla 34. Delegaciones que cuentan con EBDIS certificadas	107
Tabla 35. Saldo contable de las Reservas Financieras y Actuariales (millones de pesos)	113
Tabla 36. Saldo de las reservas al 31 de diciembre 2012 (millones de pesos)	114
Tabla 37. Inversiones por tipo de instrumento a valor mercado según reservas para el año 2012 (millones de pesos)	115

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Estado de actividades por fondos al 31 de diciembre de 2012 (millones de pesos)	37
Tabla 2. Beneficios considerados en la valuación de pasivos laborales al 31 de diciembre de 2012 (millones de pesos)	42
Tabla 4. Costo neto del periodo para el año 2013 (millones de pesos)	45
Tabla 5. Costo neto del periodo para el año 2013 como porcentaje de la nómina	46
Tabla 6. Distribución de los costos comunes por fondo	47
Tabla 7. Calendario de pago a la SHCP (millones de pesos)	48
Tabla 8. Estado de actividades del Seguro de Salud (millones de pesos)	53
Tabla 9. Proyecciones financieras del Seguro de Salud (millones de pesos constantes al 31 de diciembre de 2012)	57
Tabla 10. Balance actuarial al 31 de diciembre de 2012 del Seguro de Salud, considerando 20 años de proyección	60
Tabla 11. Proyecciones financieras del Seguro de Salud en su vertiente de trabajadores y sus familiares derechohabientes (millones de pesos constantes al 31 de diciembre de 2012)	61
Tabla 12. Proyecciones financieras del Seguro de Salud en su vertiente de pensionados a la fecha de entrada en vigor de la Ley del ISSSTE (millones de pesos constantes al 31 de diciembre de 2012)	63
Tabla 13. Proyecciones financieras del Seguro de Salud en su vertiente de pensionados a partir de la fecha de entrada en vigor de la Ley del ISSSTE (millones de pesos constantes al 31 de diciembre de 2012)	65
Tabla 14. Consultas, egresos hospitalarios y estimación del gasto médico por componente, 2012	67
Tabla 15. Proyecciones de consultas, egresos hospitalarios y gasto médico por componente, 2012-2050	73
Tabla 16. Periodos de suficiencia por vertiente del Seguro de Salud	74
Tabla 17. Periodos de suficiencia por vertiente del Seguro de Salud. Escenario I	77

Gráfica 21. Unidades médicas por nivel de atención y tipo de tenencia 2012	122
Gráfica 22. Distribución porcentual del equipo médico especializado por nivel de atención, 2012	127
Gráfica 23. Distribución porcentual del equipo médico especializado instalado en unidades médica por Distrito Federal y Área Foránea, 2012	127
Gráfica 24. Distribución porcentual del equipo médico especializado por funcionalidad, 2012	128
Gráfica 25. Distribución porcentual del equipo médico especializado por funcionalidad, 2012	129
Gráfica 26. Distribución porcentual de recursos materiales por nivel de atención, 2012	130
Gráfica 27. Distribución porcentual de otros recursos materiales en las unidades médicas por Distrito Federal y Área Foránea, 2012	131
Gráfica 28. Consultorios por tipo de especialidad, 2012	132
Gráfica 29. Distribución porcentual de la inversión por tipo de concepto, 2012	134
Gráfica 30. Equipo relevante según años de antigüedad de atención a nivel central, 2012	136
Gráfica 31. Inversión realizada en materia de conservación y mantenimiento en el ISSSTE 2003-2012 (millones de pesos)	137
Gráfica 32. Total de obras médicas y no médicas 2007-2012	140
Gráfica 33. Distribución de acciones de obras médicas por nivel de atención 2007-2012	141
Gráfica 34. Distribución por tipo de obra, 2012	143

ÍNDICE DE GRÁFICAS

Gráfica 1. Estructura poblacional de México: 2010 y 2050 (millones de personas por género y quinquenios de edad)	20
Gráfica 2. Estructura poblacional de trabajadores y pensionados del ISSSTE 2012 - 2050 (cien mil personas por género y quinquenios de edad)	21
Gráfica 3. Esperanza de vida al nacer y tasa bruta de natalidad 2010 – 2050	22
Gráfica 4. Esperanza de vida a los 65 años, 1960 – 2010	23
Gráfica 5. Evolución de la relación de dependencia por cada 100 personas en edad de trabajar 2010, 2030 y 2050	24
Gráfica 6. Mortalidad por causa, ISSSTE, 2012	26
Gráfica 7. México: PIB 2009-2012 (Var % anual)	29
Gráfica 8. México: Actividad económica por sector, 2012 (Var % anual)	29
Gráfica 9. Tasas de interés de valores gubernamentales 2008-2012	31
Gráfica 10. Curva de rendimientos 2012	31
Gráfica 11. Productos financieros	32
Gráfica 12. Rendimiento de las reservas	32
Gráfica 13. Estado de Situación Financiera, comparativo 2011-2012 una vez realizadas las transferencias del Gobierno Federal (millones de pesos)	42
Gráfica 14. Distribución de trabajadores del ISSSTE por edad al 31 de diciembre de 2012	44
Gráfica 15. Distribución de trabajadores del ISSSTE por antigüedad al 31 de diciembre de 2012	44
Gráfica 16. Distribución de trabajadores del ISSSTE por salario integrado mensual al 31 de diciembre de 2012	45
Gráfica 17. Crecimiento promedio anual en el gasto en salud de los países miembros de la OCDE por continente 2000 - 2011	69
Gráfica 18. Estimación de la estructura del gasto médico por padecimiento, 2012	74
Gráfica 19. Distribución de plazos al 31 de diciembre 2012	115
Gráfica 20. Composición por instrumento de la cartera de inversión de las reservas al 31 de diciembre de 2012	116

Dictamen auditor externo



H. Junta Directiva del
Instituto de Seguridad y Servicios Sociales
de los Trabajadores del Estado

México, D.F., 7 de junio de 2013

He revisado el "Informe Financiero y Actuarial 2013" (IFA 2013) del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE o el Instituto), al 31 de diciembre de 2012, cuya finalidad es el dar cumplimiento a la obligación del Instituto establecida en el Artículo 214, fracción XIX de la Ley del ISSSTE. Los cálculos, resultados e información incluidos en el IFA 2013 son responsabilidad del Instituto. Mi responsabilidad consiste en expresar una opinión sobre el IFA 2013 y verificar la aplicación correcta de las metodologías financiera y actuarial empleadas para determinar la situación financiera de cada uno de los seguros ofrecidos por el Instituto, incluyendo el conjunto de hipótesis financieras, actuariales y biométricas, utilizadas para la elaboración de las proyecciones demográficas y financieras.

Mi trabajo fue realizado de acuerdo con las Normas y los Estándares de Práctica de Auditoría Actuarial del Colegio Nacional de Actuarios, A.C., los cuales requieren que la auditoría actuarial sea planeada y llevada a cabo de tal manera que permita obtener una seguridad razonable de que el IFA 2013 está libre de errores u omisiones importantes y que ha sido realizado bajo las disposiciones legales vigentes, y con base en principios actuariales generalmente aceptados.

La información base del estudio me fue proporcionada por el Instituto, quien la obtuvo y validó bajo su responsabilidad para los alcances y objetivos de este trabajo.

En mi opinión, conforme a lo antes expuesto, el IFA 2013 fue razonablemente elaborado en cuanto a la metodología empleada, hipótesis utilizadas y resultados obtenidos, de acuerdo a los Estándares Actuariales Generalmente Aceptados en México.

Atentamente

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Ana Laura Bautista Chablet".

Act. Ana Laura Bautista Chablet

Cédula Profesional No. 6867490

PricewaterhouseCoopers, S. C., Mariano Escobedo 573, Colonia Rincón del Bosque, C.P. 11580 México, Distrito Federal
T: +52 (55) 5263 6000 F: +52 (55) 5263 6010 www.pwc.com/mx

2013

INFORME FINANCIERO Y ACTUARIAL

Carta de entrega



06 de junio de 2013

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
Insurgentes Sur 476-9º piso, Col. Roma Sur,
Delegación Cuauhtémoc, C.P. 06760 México, D.F.

Act. Alma V. Quintero Flores
Jefe de Servicios de Estudios Financieros y Actuariales

Con base en lo establecido en el contrato plurianual LPN-CS-DA-SRMS-205/2011 correspondiente a la prestación del "Servicio para la Asesoría Financiera y Actuarial que incluya la elaboración del Informe Financiero y Actuarial del ISSSTE al 31 de diciembre de 2011 y 2012", adjunto el Informe Financiero y Actuarial 2013 (IFA 2013) con cifras al 31 de diciembre de 2012, el cual ha sido debidamente sustentado en la información proporcionada por el Instituto y forma parte del quinto entregable establecido en la cláusula tercera. El informe incluye lo siguiente:

- A. Informe sobre la situación financiera y actuarial de cada uno de los seguros y prestaciones ofrecidos por el Instituto, así como de sus reservas, aportando elementos de juicio para evaluar si las primas correspondientes son suficientes para cubrir los gastos actuales y futuros de los beneficios de cada seguro.
- B. Estimaciones sobre las posibles modificaciones a las cuotas y aportaciones de cada seguro, en su caso, que se puedan prever, para mantener la viabilidad financiera del Instituto, así como las fechas estimadas en que dichas modificaciones puedan ser requeridas.
- C. Principales indicadores de la situación financiera de sus pasivos laborales totales y de cualquier otra índole que comprometan el gasto por más de un ejercicio fiscal.
- D. Las tendencias demográficas de sus derechohabientes, incluyendo modificaciones en la esperanza de vida; tendencias en la transición epidemiológica, y cambios en la composición de género de la fuerza laboral entre otros factores.
- E. La estimación de riesgos la cual debe considerar factores derivados del ciclo económico, de la evolución del costo de tratamientos y medicamentos, de la situación macroeconómica, así como cualquier otro riesgo que afecte la capacidad del Instituto para cumplir con sus compromisos.
- F. Informe sobre el estado que guardan las instalaciones y equipos del Instituto, particularmente los dedicados a la atención médica, para atender de forma satisfactoria a sus derechohabientes.

Agradeciendo la confianza depositada en nosotros para el desarrollo de este proyecto, quedamos como siempre a sus apreciables órdenes.

Atentamente,

Act. Marcela Flores Quiroz
Director General
Cédula Profesional No. 1280075
Perito Valuador de Pasivos
Contingentes No. 049-1280075
Act. Dictaminador de Planes de Pensiones
CNSAR/VJ/DGNC/DGACLI/RA/015/97/R-2012

LOCKTON MEXICO

Lockton México, S. de C.V. - Calle de las Américas 100, Torre 1, Piso 10, Colonia Polanco, Ciudad de México, México
Tel: 52 55 52 50 50 50 - Fax: 52 55 52 50 50 50 - www.locktonmexico.com

2013

INFORME FINANCIERO Y ACTUARIAL

Variable	Hipótesis
Tasa de incremento anual del sueldo básico de los trabajadores	0.10% en el año 2032, manteniéndose así hasta el final de las proyecciones. Constante de 1.0% real anual para todo el período proyectado. (2013-2112)
Tasa de incremento anual del costo unitario de servicios médicos	El incremento considerado es de 2% para el periodo (2013-2019) y a partir de 2020 de 1.50% real anual.
Costos unitarios del seguro médico por edad y género	Vector de costo médico unitario utilizado en la valuación 2011, actualizado con base en la composición de trabajadores y pensionados, así como al gasto revelado en el estado financiero al 31 de diciembre de 2012.
Sueldos promedio	Vector de sueldos promedio por edad con base en la experiencia del Instituto.
Tasa de inversión de reservas	3% anual, en términos reales.
Tasa de rendimiento de cuentas individuales	3% real anual.
Comisiones de cuentas individuales	2% real anual.
Tasa de descuento para valor presente de flujos (balance actuarial)	3% real anual.
Tasa de referencia para cálculo de montos constitutivos	2.75% real anual.
Tasa de inflación	3.5% anual con base en la "Encuesta sobre las expectativas de los especialistas en economía" publicado por el Banco de México en febrero de 2013.
Otros factores	Densidad de cotización: 100%. Porcentaje de incapacidad: 50%.

Fuente: Cálculos actuariales al 31 de diciembre de 2012, ISSSTE.

Las cuotas y aportaciones se depositarán en las respectivas subcuentas de la cuenta individual de cada trabajador.

Es importante mencionar que la reforma de la ley contempló un ajuste gradual de cuotas del Seguro de Retiro, Cesantía en Edad Avanzada y Vejez de acuerdo a lo dispuesto en el Artículo Trigésimo Transitorio de la Ley del ISSSTE.

II. Hipótesis actuariales

Para estimar la evolución de los ingresos y las obligaciones establecidas en la Ley del ISSSTE, además de utilizar la estadísticas detalladas sobre los derechohabientes y la situación financiera observada en los seguros y servicios al 31 de diciembre de 2012, las estimaciones actuariales asumen una serie de hipótesis y supuestos en congruencia con la información histórica del Instituto, con la finalidad de reflejar lo mejor posible el comportamiento futuro de ingresos y egresos de cada cobertura.

Los resultados de los cálculos actuariales permiten al Instituto prever situaciones que pongan en riesgo la viabilidad financiera. Las estimaciones no deben interpretarse de manera puntual, ya que dependen de una serie de hipótesis y supuestos que pueden no cumplirse, dependiendo de la dinámica demográfica y financiera que se observe en el futuro.

En la Tabla 64 se presentan las principales hipótesis y supuestos de cálculo adoptados para la determinación de los resultados contenidos en este Informe y que configuran el que hemos denominado el escenario base:

Tabla 64. Hipótesis y supuestos de valuación

Variable	Hipótesis
Bases biométricas para proyección demográfica de trabajadores y pensionados	Tablas de experiencia ISSSTE.
Bases biométricas para pago de beneficios pensionarios	Tablas de experiencia demográfica de la mortalidad de la seguridad social para el capital mínimo de garantía 2009 para pensionados no inválidos y 2012 para pensionados inválidos e incapacitados.
Tasa de incremento anual del número de trabajadores	Considera una tasa inicial de 1.05% para el año 2013 y un decremento de 0.05% cada año hasta llegar a

- Los trabajadores de esta generación de transición, en caso de sufrir un riesgo del trabajo, y sus familiares derechohabientes, en caso de su fallecimiento a consecuencia de un riesgo del trabajo, tendrán derecho a una pensión en los términos de lo dispuesto por el seguro de riesgos del trabajo.

Asimismo, en caso de invalidez, estarán sujetos a un periodo mínimo de cotización de 15 años para tener derecho a pensión, misma que se otorgará por un porcentaje del promedio del sueldo básico disfrutado en el último año inmediato anterior, conforme a la tabla porcentaje del promedio del sueldo básico del último año de servicio.

Las pensiones que se otorguen a los trabajadores que opten por el esquema establecido en el Artículo Décimo Transitorio, así como el costo de su administración estarán a cargo del Gobierno Federal.

Financiamiento

Los seguros, servicios y prestaciones anteriormente descritos obtienen su financiamiento principalmente de la recaudación de cuotas y aportaciones tripartitas, de acuerdo a la Tabla 63.

Tabla 63. Contribuciones al ISSSTE como porcentaje del sueldo básico

	Trabajadores	Dependencias y Entidades	Gobierno Federal
Salud trabajadores en activo	2.750%	7.375%	Cuota Social1/
Salud pensionados	0.625%	0.720%	
Riesgos del Trabajo	No aplica	0.750%	
Retiro		2.000 %	
Cesantía en Edad Avanzada y Vejez	6.125%	3.175 %	Cuota Social2/
Invalidez y Vida	0.625%	0.625%	
Servicios Sociales y Culturales	0.500%	0.500%	
Fondo de la Vivienda		5.00%	
Ahorro Voluntario	Hasta 2% del Salario	3.25 pesos por cada peso que ahorren los trabajadores	

Fuente: Ley del ISSSTE.

Notas: 1/ Equivalente al 13.9% del Salario Mínimo del Distrito Federal de Junio de 1997 (SMDF97).

2/ Equivalente al 5.5% del SMDF97.

2013

Años de servicios	Porcentaje del salario
18	57.5
19	60
20	62.5
21	65
22	67.5
23	70
24	72.5
25	75
26	80
27	85
28	90
29	95

Fuente: Ley del ISSSTE.

- A partir de los 60 años de edad y que hayan cotizado por un mínimo de 10 años al Instituto, la pensión será equivalente a un porcentaje del salario pensionable, aplicando los porcentajes que se especifican en la Tabla 62.

Tabla 62. Porcentaje del promedio del sueldo básico del último año de servicio

Años de Edad	Porcentaje del salario
60	40
61	42
62	44
63	46
64	48
65 o más	50

Fuente: Ley del ISSSTE.

Para efectos del cálculo de la cuantía de las pensiones anteriores, el salario pensionable es el promedio del sueldo básico disfrutado en el último año inmediato anterior a la fecha de la baja del trabajador, siempre y cuando el trabajador tenga una antigüedad mínima en el mismo puesto y nivel de 3 años. Si el trabajador tuviera menos de 3 años ocupando el mismo puesto y nivel, se tomará en cuenta el sueldo inmediato anterior a dicho puesto que hubiere percibido el trabajador, sin importar su antigüedad.

Artículo Décimo Transitorio

A los trabajadores que no opten por la acreditación de bonos de pensión del ISSSTE, se les aplicarán las siguientes modalidades:

A partir del 1 de enero de 2010:

Los trabajadores tendrán derecho a pensión conforme a la Tabla 60:

Tabla 60. Edad mínima de pensiones por jubilación, edad y tiempo de servicio, cesantía en edad avanzada

Años	Edad mínima			
	Jubilación Trabajadores 1/	Trabajadoras 2/	Edad y tiempo de servicios 3/	Cesantía en edad avanzada 4/
2010 y 2011	51	49	56	61
2012 y 2013	52	50	57	62
2014 y 2015	53	51	58	63
2016 y 2017	54	52	59	64
2018 y 2019	55	53	60	65
2020 y 2021	56	54	60	65
2022 y 2023	57	55	60	65
2024 y 2025	58	56	60	65
2026 y 2027	59	57	60	65
2028 en adelante	60	58	60	65

Fuente: Ley del ISSSTE.

Notas: 1/ 30 años de cotización.

2/ 28 años de cotización.

3/ Al menos 15 años de cotización.

4/ Al menos 10 años de cotización.

- La pensión por jubilación dará derecho al pago de 100% del salario pensionable.
- Con 55 años de edad o más y 15 años de cotización o más, se tendrá derecho a una pensión de retiro por edad y tiempo de servicios.

El monto de la pensión de retiro por edad y tiempo de servicios será equivalente a un porcentaje del salario pensionable, de conformidad con los porcentajes de la Tabla 61.

Tabla 61. Porcentaje del promedio del sueldo básico del último año de servicio

Años de servicios	Porcentaje del salario
15	50
16	52.5
17	55

2013

Régimen voluntario

La Ley del ISSSTE brinda la oportunidad de que el trabajador que deje de prestar sus servicios en alguna entidad o dependencia pueda solicitar la continuación voluntaria en todos o alguno de los seguros del régimen obligatorio, con excepción del Seguro de Riesgos del Trabajo. El trabajador que lo desee, deberá cubrir íntegramente las cuotas y aportaciones que correspondan.

Para el caso del Seguro de Salud se requerirá que el trabajador acredite haber laborado cuando menos 5 años en alguna dependencia o entidad incorporada al Instituto.

La continuación voluntaria terminará por declaración expresa del interesado, al dejar de pagar las cuotas y aportaciones en los plazos determinados o al ingresar nuevamente al régimen obligatorio.

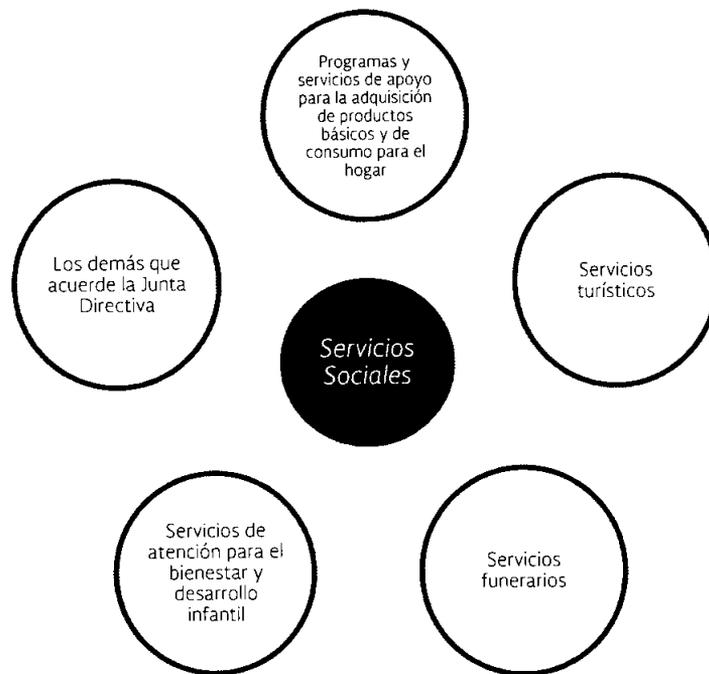
Asimismo, el Instituto puede celebrar convenios de incorporación con los gobiernos de las Entidades Federativas o de los municipios y sus dependencias y entidades, a fin de que sus trabajadores y familiares derechohabientes reciban los seguros, prestaciones y servicios del régimen obligatorio de la Ley del ISSSTE. Es importante mencionar que la incorporación deberá ser total.

Transitorios

A la fecha de entrada en vigor de la Ley, los trabajadores que se encontraban cotizando al régimen del Instituto conservaron su antigüedad y tuvieron la opción de elegir el régimen entre:

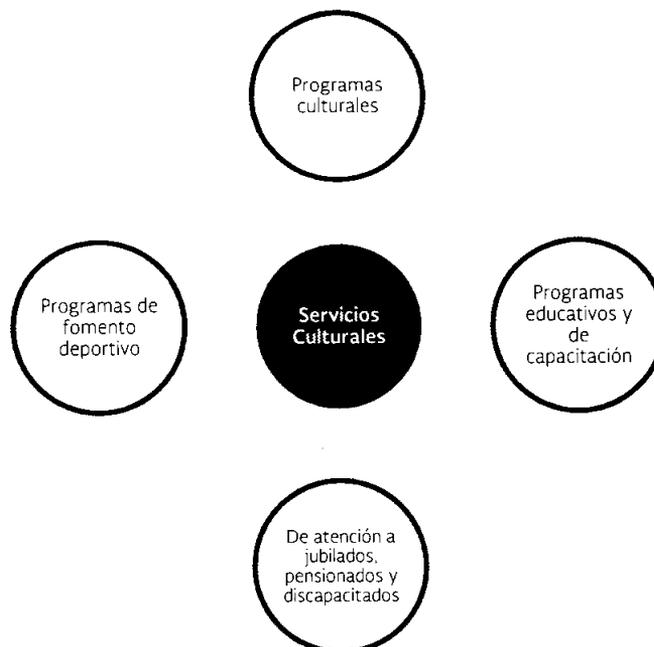
- Permanecer en el régimen de pensiones de reparto de acuerdo a lo establecido en el Artículo Décimo Transitorio
- Migrar al esquema de cuentas individuales a través de la acreditación de un bono de pensión.

El plazo para la elección del régimen fue de 6 meses a partir del 1 de enero de 2008, periodo en el cual los trabajadores ya debían contar con la información pertinente para realizar su elección.



2.2.2. Servicios Culturales

El Instituto proporciona servicios culturales, encaminados a cuidar y fortalecer la salud mental e integración familiar y social del trabajador, y su desarrollo futuro, mediante programas culturales, recreativos y deportivos mediante los siguientes servicios:



Al momento en que el trabajador reciba un crédito para vivienda, el saldo de la subcuenta del fondo de la vivienda de su cuenta individual se aplicará como pago inicial de alguno de los conceptos anteriores y durante la vigencia del crédito concedido al trabajador. Las aportaciones que se efectúen a la subcuenta citada con posterioridad al otorgamiento del crédito se aplicarán a cubrir el saldo insoluto del crédito que haya otorgado el fondo de la vivienda.

Si el trabajador no ha ejercido su derecho a un crédito a través del fondo de la vivienda, al momento del retiro, los recursos de la subcuenta del fondo de la vivienda se integrarán con la subcuenta del Seguro de Retiro Cesantía en Edad Avanzada y Vejez de su cuenta individual para la adquisición de la renta vitalicia o retiro programado, o bien será entregado en una sola exhibición de acuerdo con los lineamientos de la Ley del ISSSTE.

2.2. Servicios Sociales y Culturales

2.2.1 *Servicios Sociales*

El Instituto promueve patrones racionales y sanos de consumo a través de la prestación de servicios sociales que contribuyan al apoyo asistencial, y a la protección del poder adquisitivo de sus salarios.

De acuerdo con las posibilidades financieras del fondo de servicios sociales y culturales, proporcionará los siguientes servicios sociales:

La Tabla 59 muestra los cuatro tipos de préstamos:

Tabla 59. Tipos de préstamos personales

Tipo de crédito	Monto máximo
Ordinarios	4 meses del Sueldo Básico, de acuerdo con la antigüedad de quien lo solicite
Especiales	6 meses del Sueldo Básico, de acuerdo con la antigüedad de quien lo solicite
Para adquisición de bienes de uso duradero	8 meses del Sueldo Básico, de acuerdo con la antigüedad de quien lo solicite
Extraordinarios para damnificados por desastres naturales.	Su monto será establecido por la Junta Directiva del Instituto

Fuente: Ley del ISSSTE.

El Instituto determinará trimestralmente la tasa de interés aplicada a los créditos personales, de tal manera que el rendimiento efectivo del monto prestado no sea inferior a 1.25 veces la tasa de los certificados de la Tesorería de la Federación con vencimiento a 28 días.

El monto del préstamo y los intereses deberán ser pagados en parcialidades quincenales iguales, en un plazo no mayor de 48 quincenas en el caso de los ordinarios y los especiales, y de 72 quincenas en el caso de los de bienes de consumo duradero. En el caso de los créditos extraordinarios para damnificados por desastres naturales, estos tendrán un plazo de hasta 120 quincenas, según acuerdo especial de la Junta Directiva.

2.1.2. Crédito para Vivienda

Además de los préstamos personales los trabajadores del ISSSTE tienen derecho a préstamos hipotecarios y financiamiento para vivienda. Dichos préstamos se harán por una sola vez.

Los recursos afectos al fondo de la vivienda se destinarán al otorgamiento de créditos a los trabajadores que sean titulares de las subcuentas del fondo de la vivienda de las cuentas individuales y que tengan depósitos constituidos a su favor por más de 18 meses en el Instituto para adquirir, construir, reparar, ampliar o mejorar la vivienda nueva o usada, o al pago de los pasivos contraídos por cualquiera de los conceptos anteriores.

en la cuenta individual resultan insuficientes para contratar una renta por el monto de la pensión garantizada, el Gobierno Federal realizará una aportación complementaria suficiente para el pago de la pensión correspondiente.

A la muerte del pensionado por cesantía en edad avanzada o vejez que estuviere gozando de una pensión garantizada, el Gobierno Federal, por conducto de quien determine la SHCP, podrá contratar una renta que cubra la pensión correspondiente a favor de los familiares derechohabientes con la aseguradora que éstos elijan o pagar las pensiones conforme al mismo procedimiento utilizado para el pago de la pensión garantizada.

El pago de la pensión garantizada será suspendido cuando el pensionado reingrese a un trabajo sujeto al régimen obligatorio de la Ley del Instituto o de la Ley del Seguro Social.

La pensión que corresponda a los familiares derechohabientes del pensionado fallecido se entregará a éstos aun cuando estuvieran gozando de otra pensión de cualquier naturaleza.

1.6. Ahorro Solidario para el Incremento de las pensiones

Como incentivo al ahorro, las dependencias y entidades en la que presten sus servicios los trabajadores, estarán obligados a depositar en la subcuenta de ahorro solidario que se abra al efecto en su cuenta individual, 3.25 pesos por cada peso que ahorren los trabajadores con un tope máximo de 6.5% del sueldo básico del trabajador. Los trabajadores podrán optar por que se les descuenta hasta 2% de su sueldo básico, para ser acreditado en la subcuenta referida.

2. Prestaciones y servicios

2.1. Sistema Integral de Crédito

2.1.1. Personales

Como apoyo al consumo, el Instituto otorga a sus trabajadores y pensionados préstamos personales e hipotecarios a través del Sistema Integral de Crédito, y de conformidad con el programa anual que autoriza la Junta Directiva del Instituto, con base en la revolvencia del propio fondo y sólo a quienes tengan un mínimo de seis meses de antigüedad de incorporación total al régimen de seguridad social.

- **Renta vitalicia:** Contratar con una aseguradora de su elección, un seguro de pensión que le otorgue una renta vitalicia, la cual se actualizará anualmente en el mes de febrero conforme al Índice Nacional de Precios al Consumidor (INPC)
- **Retiro programado:** Mantener el saldo de su cuenta individual en el PensionalSSSTE o en una Afore y efectuar el Retiro Programado con cargo a dicho saldo.

Por otra parte, el trabajador que cumpla con los requisitos de edad pero que no reúna los años de cotización, puede retirar el saldo de su cuenta individual en una sola exhibición o seguir cotizando hasta cubrir los años necesarios para que opere su pensión.

Los trabajadores tienen derecho a un seguro de retiro antes de cumplir los requisitos de edad y antigüedad establecidos en la Ley, siempre y cuando la pensión que se le calcule en el sistema de renta vitalicia sea superior en más de 30% a la pensión garantizada, una vez cubierto el seguro de sobrevivencia para sus familiares derechohabientes. La renta vitalicia se actualizará anualmente en el mes de febrero conforme al INPC.

De igual manera, el pensionado puede elegir recibir el excedente de los recursos acumulados en su cuenta individual en una o varias exhibiciones, solamente si la pensión que se le otorgue es superior en más del treinta por ciento a la pensión garantizada, una vez cubierta la prima del seguro de sobrevivencia para sus familiares derechohabientes.

El pensionado por cesantía en edad avanzada o vejez debe adquirir, con cargo a los recursos acumulados en su cuenta individual, un seguro de sobrevivencia en favor de sus familiares derechohabientes, en los términos que establece la sección de pensión por causa de muerte del Seguro de Invalidez y Vida.

1.5. Pensión garantizada

Es aquella que el Estado asegura a quienes reúnan los requisitos señalados para obtener una pensión por cesantía en edad avanzada o vejez. Al 31 de diciembre de 2012 la pensión garantizada equivale a 3,764.96 pesos, dicho monto se actualizará anualmente, en el mes de febrero, conforme al cambio anualizado del INPC. Si los recursos acumulados