

INFORME AL EJECUTIVO FEDERAL
Y AL CONGRESO DE LA UNIÓN SOBRE
LA SITUACIÓN FINANCIERA Y LOS RIESGOS
DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
2017-2018

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

2017-2018

Primera edición 2018.

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

Impreso en México.

Portada:

Obra: “El quinto sol” (vitral).

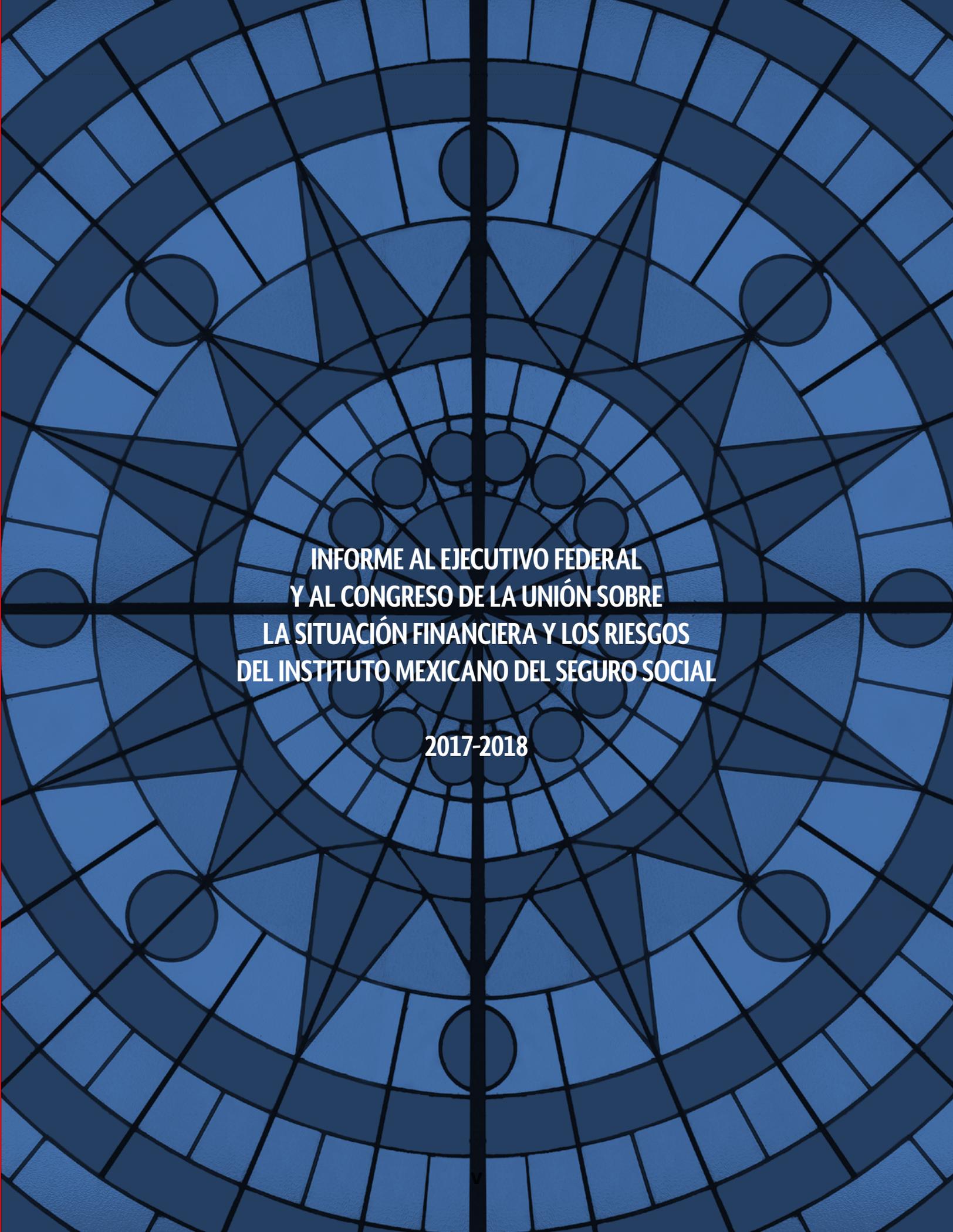
Autor: Salvador Pinoncelly.

Hospital General Regional No. 1 “Dr. Carlos MacGregor Sánchez Navarro”

Patrimonio Artístico del IMSS.

Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión sobre la Situación Financiera y los Riesgos del Instituto Mexicano del Seguro Social 2017-2018 puede recuperarse parcial o totalmente en la siguiente dirección de Internet: <http://www.imss.gob.mx>

El lenguaje empleado en este Informe no pretende generar ninguna clase de discriminación, ni marcar diferencias entre hombres y mujeres, por lo que las referencias o alusiones hechas en género masculino, de acuerdo con la Real Academia de la Lengua Española, abarcan claramente a ambos sexos.



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

2017-2018

Directorio

DIRECTOR GENERAL

Tuffic Miguel Ortega

SECRETARÍA GENERAL

Juan Carlos Velasco Pérez

DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS

José de Jesús Arriaga Dávila

DIRECCIÓN DE PRESTACIONES ECONÓMICAS Y SOCIALES

Santiago De Maria Campos Meade

DIRECCIÓN DE INCORPORACIÓN Y RECAUDACIÓN

José Arturo Lozano Enríquez

DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN

Norma Gabriela López Castañeda

DIRECCIÓN DE FINANZAS

María Elena Reyna Ríos

DIRECCIÓN DE INNOVACIÓN Y DESARROLLO TECNOLÓGICO

Pedro Valencia Santiago

DIRECCIÓN DE VINCULACIÓN INSTITUCIONAL Y EVALUACIÓN DE DELEGACIONES

Pablo Corral Sánchez

DIRECCIÓN JURÍDICA

Ulises Moreno Munguía

DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA INSTITUCIONAL

Joanna Cristo Aguirre

ÓRGANO INTERNO DE CONTROL

Marco Antonio Andrade Silva

UNIDAD DEL PROGRAMA IMSS-PROSPERA

Roberto Rafael Garduño Alarcón

UNIDAD DE COMUNICACIÓN SOCIAL

Eleazar Franco Gaona

H. CONSEJO TÉCNICO

REPRESENTANTES PROPIETARIOS DEL EJECUTIVO FEDERAL

SECRETARÍA DEL TRABAJO Y PREVISIÓN SOCIAL

Roberto Rafael Campa Cifrián

SECRETARÍA DE SALUD

José Ramón Narro Robles

SECRETARÍA DE HACIENDA Y CRÉDITO PÚBLICO

José Antonio González Anaya

REPRESENTANTES PROPIETARIOS DEL SECTOR OBRERO

CONFEDERACIÓN DE TRABAJADORES DE MÉXICO (CTM)

José Luis Carazo Preciado

CONFEDERACIÓN REGIONAL OBRERA MEXICANA (CROM)

Rodolfo Gerardo González Guzmán

CONFEDERACIÓN REVOLUCIONARIA DE OBREROS Y CAMPESINOS (CROC)

José Noé Mario Moreno Carbajal

SINDICATO NACIONAL DE TRABAJADORES MINEROS, METALÚRGICOS Y SIMILARES DE LA REPÚBLICA MEXICANA (SNTMMSRM)

Constantino Romero González

REPRESENTANTES PROPIETARIOS DEL SECTOR PATRONAL

CONFEDERACIÓN DE CÁMARAS INDUSTRIALES DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS (CONCAMIN)

Francisco Alberto Cervantes Díaz

CONFEDERACIÓN DE CÁMARAS INDUSTRIALES (CONCAMIN)

Manuel Reguera Rodríguez

CONFEDERACIÓN DE CÁMARAS INDUSTRIALES (CONCAMIN)

Salomón Presburguer Slovik

CONFEDERACIÓN DE CÁMARAS NACIONALES DE COMERCIO, SERVICIOS Y TURISMO (CONCANACO-SERVYTUR)

José Manuel López Campos



Índice

Siglas y Acrónimos.....	XV
Presentación.....	XVII
Introducción	1
Capítulo I. Entorno y Situación Financiera General.....	5
I.1. Entorno.....	6
I.1.1. Transiciones demográfica y epidemiológica.....	6
I.1.2. Contexto económico.....	9
I.2. Situación financiera general.....	10
I.2.1. Estado de actividades.....	10
I.2.2. Estado de situación financiera.....	14
I.2.3. Proyecciones financieras de corto plazo.....	14
I.2.4. Proyecciones financieras de largo plazo.....	26
Capítulo II. Ingresos y Aseguramiento en el IMSS.....	31
II.1. Ingresos del IMSS.....	32
II.1.1. Formalización del empleo.....	32
II.1.2. Simplificación y digitalización de trámites.....	35
II.1.3. Nuevo Modelo Integral de Fiscalización.....	37
II.1.4. Estímulo al ingreso.....	40
II.2. Aseguramiento en el IMSS.....	40
II.2.1. Asegurados trabajadores.....	41

II.2.2. Asegurados no trabajadores	53
II.2.3. Pensionados.....	55
II.2.4. Beneficiarios de asegurados y pensionados.....	55
II.2.5. Registro de la CURP en la población adscrita	58
Capítulo III. Seguro de Riesgos de Trabajo	61
III.1. Introducción.....	62
III.1.1. Subsidio por incapacidad temporal para el trabajo	63
III.1.2. Pensiones	67
III.1.3. Indemnizaciones globales.....	70
III.2. Estado de actividades.....	71
III.3. Resultados de la valuación actuarial	73
III.3.1. Situación financiera de largo plazo.....	73
III.4. Otras acciones emprendidas.....	77
III.5. Opciones de política.....	78
Capítulo IV. Seguro de Invalidez y Vida	81
IV.1. Introducción.....	82
IV.1.1. Subsidio por incapacidad temporal para el trabajo	86
IV.1.2. Pensiones	87
IV.2. Estado de actividades	89
IV.3. Resultados de la valuación actuarial.....	90
IV.3.1. Situación financiera de largo plazo	92
IV.4. Otras acciones emprendidas	96
IV.5. Opciones de política	100
Capítulo V. Seguro de Enfermedades y Maternidad	101
V.1. Estado de actividades.....	103
V.2. Producción, productividad y acceso de los servicios médicos.....	105
V.3. Proyecciones financieras de largo plazo.....	107
V.3.1. Seguro de Enfermedades y Maternidad.....	107
V.3.2. Seguro de Enfermedades y Maternidad-Asegurados.....	109
V.3.3. Gastos Médicos de Pensionados.....	110
V.4. Necesidades de salud de la población derechohabiente	111
V.5. Gestión de la atención médica.....	115
V.5.1. Prevención.....	115

V.5.2. Mejorar la gestión y eficiencia de los procesos médicos.....	119
V.5.3. Reorganizar la atención médica para eliminar los principales cuellos de botella	120
V.5.4. Prevención del riesgo materno y mejora de la atención obstétrica	123
V.6. Hacer frente a las enfermedades crónicas no transmisibles	126
V.6.1. Análisis del gasto en enfermedades crónico-degenerativas de alto impacto financiero para el IMSS	127
V.6.2. Prevención, control y atención de las enfermedades crónico-degenerativas.....	129
V.7. Educación e investigación como estrategias de mejora de la calidad de los servicios médicos.....	140
V.7.1. Capacitación.....	140
V.7.2. Formación de recursos humanos	141
V.7.3. Investigación.....	141
V.8. Reforma del Sistema Nacional de Salud.....	143
V.8.1. Intercambio de servicios	143

Capítulo VI. Seguro de Guarderías y Prestaciones Sociales145

VI.1. Estado de actividades.....	145
VI.2. Proyecciones financieras de largo plazo	146
VI.3. Guarderías del IMSS mejor que nunca.....	148
VI.3.1. Análisis financiero complementario del ramo de Guarderías	149
VI.3.2. Expansión y ampliación de las guarderías.....	151
VI.3.3. Continuidad en la prestación del servicio de guardería	152
VI.3.4. Primer grado de preescolar en las guarderías del IMSS	152
VI.3.5. Revisión del marco normativo.....	153
VI.3.6. Proyectos adicionales Alimentación sana, variada y suficiente	153
VI.4. Prestaciones Sociales.....	155
VI.4.1. Bienestar Social	156
VI.4.2. Centros Vacacionales	157
VI.4.3. Sistema Nacional de Tiendas IMSS-SNTSS	162
VI.5. Otras acciones por emprender.....	163

Capítulo VII. Seguro de Salud para la Familia.....165

VII.1. Estado de actividades.....	166
VII.2. Población asegurada.....	166
VII.3. Cuotas de financiamiento	168

Capítulo VIII. Programa IMSS-PROSPERA171

VIII.1. Financiamiento y capital humano del Programa	172
VIII.2. Portabilidad de servicios y vinculación interinstitucional.....	175
VIII.3. Prestación de servicios integrales de salud.....	179
VIII.3.1. Salud pública.....	179
VIII.3.2. Atención a la salud.....	182

Capítulo IX. Reservas y Fondo Laboral189

IX.1. Antecedentes.....	190
IX.1.1. Estructura de las reservas y Fondo Laboral.....	190
IX.1.2. Régimen de inversión.....	191
IX.2. Inversión de las reservas y Fondo Laboral.....	191
IX.2.1. Evolución de las reservas y Fondo Laboral.....	191
IX.2.2. Asignación estratégica de activos.....	193
IX.2.3. Mandatos de inversión.....	195
IX.2.4. Afore XXI Banorte.....	196
IX.2.5. Rendimientos financieros en 2017	197
IX.2.6. Riesgos financieros de las inversiones institucionales.....	198

Capítulo X. Pasivo Laboral y Otros Riesgos del Instituto.....201

X.1. Pasivo laboral del Instituto en su carácter de patrón	201
X.1.1. Pasivo laboral por la prima de antigüedad e indemnizaciones.....	203
X.1.2. Pasivo laboral por el Régimen de Jubilaciones y Pensiones.....	206
X.1.3. Régimen de Jubilaciones y Pensiones del Programa IMSS-PROSPERA.....	212
X.2. Situación financiera del Fondo Laboral para las contrataciones bajo el Convenio de 2005.....	214
X.3. Contingencias de carácter litigioso.....	218
X.3.1. Contingencias en juicios laborales.....	219
X.3.2. Contingencias en juicios administrativos y responsabilidad patrimonial del Estado.....	221
X.3.3. Contingencias en juicios civiles y mercantiles.....	223
Estrategias implementadas en materia civil y mercantil	223
X.3.4. Contingencias en averiguaciones previas y procesos penales.....	223
Estrategias implementadas en materia penal.....	223

Capítulo XI. Gestión de los Recursos Institucionales225

XI.1. Acciones para incrementar la eficiencia del gasto y mejorar los servicios.....	226
XI.1.1. Mejoras en los esquemas de compra, abasto y suministro de medicamentos y servicios médicos.....	226
XI.1.2. Racionalización del gasto en otorgamiento de servicios médicos.....	231
XI.1.3. Optimización del gasto administrativo y de operación.....	231
XI.1.4. Acciones para optimizar la utilización de inmuebles.....	233
XI.1.5. Inversión física.....	234
XI.1.6. Recursos Humanos.....	238
XI.2. Inventario de las instalaciones institucionales.....	241
XI.2.1. Infraestructura inmobiliaria institucional.....	241
XI.2.2. Equipo médico institucional.....	250
XI.3. IMSS Digital.....	253
XI.3.1. Arquitectura IMSS Digital.....	253
XI.3.2. Resultados de IMSS Digital.....	253
XI.3.3. Acciones y resultados 2017-2018.....	255

Capítulo XII. Reflexiones Finales y Propuestas265

XII.1. Eje 1. Fortalecimiento Financiero.....	266
XII.2. Eje 2. Simplificación y Digitalización de Trámites.....	269
XII.3. Eje 3. Calidad y Calidez de los Servicios Médicos.....	272
XII.4. Consideraciones Finales.....	280
Índice de cuadros.....	283
Índice de gráficas.....	289
Dictamen de los auditores independientes.....	297



Siglas y Acrónimos

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



Presentación

El Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión sobre la Situación Financiera y los Riesgos del Instituto Mexicano del Seguro Social que se presenta incluye:

1. La situación financiera y las proyecciones actuariales de las reservas de cada uno de los seguros.
2. Los posibles riesgos, contingencias y pasivos de cada seguro y la capacidad financiera del Instituto para responder a ellos, en función de los ingresos y las reservas disponibles.
3. La situación de los pasivos laborales totales y de cualquier otra índole que comprometen su gasto por más de un ejercicio fiscal.

Adicionalmente, a lo largo de este documento se detallan las acciones que se tomaron como una firme respuesta institucional de la presente Administración para consolidar el saneamiento financiero del Instituto y mejorar la calidad, la calidez y la productividad de los servicios que brinda a sus derechohabientes.

Finalmente, se presentan también los retos que el IMSS seguirá teniendo de 2018 hacia adelante.

La realidad financiera que enfrenta el Instituto es compleja, en función de sus principales responsabilidades: como prestador de múltiples servicios para dar cumplimiento a las obligaciones de aseguramiento establecidas en la Ley, y como el administrador de su patrimonio, fondos y reservas. Los desafíos financieros que enfrenta el Instituto deben entenderse en el contexto de estos roles y de las actividades inherentes a cada ramo de aseguramiento, lo cual permite presentar diagnósticos más equilibrados y líneas de trabajo acordes

con la naturaleza y dinámica que dieron origen a cada situación en lo particular.

En México, desde hace algunos años, las enfermedades transmisibles han sido desplazadas por padecimientos crónico-degenerativos como principales causantes de enfermedades entre una población de derechohabiente más envejecida, lo que ha convertido a esta situación en el principal riesgo externo que enfrenta el Instituto. Por otra parte, entre los factores internos, el creciente número de jubilados y pensionados entre los propios trabajadores del Instituto requiere un monto cada vez mayor de recursos para cubrir el pasivo laboral de la nómina del Régimen de Jubilaciones y Pensiones.

Durante toda la Administración actual, que arrancó en diciembre de 2012, el Instituto buscó, estudió y aplicó estrategias, primero, para sanearlo y luego, para darle orden, control y estabilidad financiera, con el fin de seguir avanzando sin el fantasma de la quiebra con el que había vivido en la década anterior. Y mientras no se rompa el equilibrio financiero que se ha logrado, el IMSS podrá seguir ofreciendo mejor atención y más servicios a sus derechohabientes.

Los progresos alcanzados en la administración de los recursos y en el fortalecimiento de las políticas de disciplina y orden, tanto en la recaudación como en el gasto, permitieron que al cierre del ejercicio 2017 se obtuviera por segundo año consecutivo un superávit, esta vez de más de 9 mil millones de pesos. Este resultado

financiero sólido favoreció la expansión y renovación de la infraestructura con nuevos hospitales y clínicas, así como el fortalecimiento y renovación de los equipos necesarios para el diagnóstico y la atención con tecnología de vanguardia y con una capacitación constante y actualizada de todo su personal médico y administrativo.

La transición epidemiológica obliga a enfrentar no sólo retos financieros derivados de tratamientos más costosos, sino también organizacionales que exigen modificar el modelo de atención a la salud del Instituto y del país en general. La respuesta a estos retos es la implementación de un nuevo modelo donde, en primer lugar, se toma acción sobre la prevención para evitar que la enfermedad crónica se desarrolle, y el desencadenante secundario será detectar, minimizar y manejar el impacto de la enfermedad cuando ya esté presente.

Como podrá apreciarse en este Informe, el IMSS aún tiene grandes retos en materia financiera, sin embargo, las acciones realizadas han logrado revertir la tendencia de los últimos años y sentar bases para administrar este Instituto de una forma eficiente, ordenada y con una visión de largo plazo; todo ello sin sacrificar la eficiencia operativa ni la oportunidad o la calidad del servicio.

Estos resultados son el fruto del esfuerzo compartido, donde trabajadores, empresarios y Gobierno Federal, con responsabilidad y compromiso, seguimos trabajando para garantizar los beneficios de la seguridad social a millones de derechohabientes.

**El Consejo Técnico del
Instituto Mexicano del Seguro Social**
Ciudad de México, junio de 2018.



Introducción

El 19 de enero de 1943 se promulgó la Ley del Seguro Social, promovida por el entonces Presidente Manuel Ávila Camacho, lo que dio origen a la creación del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) para garantizar el derecho humano a la salud, la asistencia médica, la protección de los medios de subsistencia y los servicios sociales necesarios para el bienestar individual y colectivo, a través de un esquema de financiamiento tripartita compuesto por los sectores obrero, patronal y gubernamental.

Este año 2018 el IMSS cumple sus primeros 75 años de vida y los celebra siendo la institución que vela actualmente por el bienestar de más de 74 millones de mexicanos.

El IMSS hoy es más grande. En su origen, el Instituto solamente otorgaba protección a las y los trabajadores; poco a poco fue ampliando su cobertura extendiendo sus beneficios a los familiares de los trabajadores asegurados, a la población más desprotegida sin acceso a la seguridad social que vive en zonas rurales y comunidades indígenas del país, a través del Programa IMSS-PROSPERA, como hoy se le denomina, y a todos los estudiantes de escuelas públicas en los niveles de educación media superior y superior, de forma totalmente gratuita.

De esta forma, el IMSS es la institución de seguridad social más grande de América Latina.

El IMSS hoy es más sólido. En 2012 el Instituto enfrentaba una situación financiera muy crítica, que obligaba

a hacer uso de sus reservas institucionales, poniendo en riesgo la continuidad de sus operaciones.

Durante el periodo 2007-2012 el IMSS enfrentó un panorama financiero de quiebra, ya que de tener un déficit casi inexistente en 2007, las finanzas se deterioraron hasta presentar resultado negativo por 28,482 millones de pesos en 2012¹, mismo que fue cubierto con las reservas institucionales. En consecuencia, el Instituto proyectaba contar con sustentabilidad financiera solo hasta el año 2014, agotando, en ese periodo, sus reservas financieras.

Para hacer frente a esta contingencia, se emprendieron distintas acciones y estrategias con el propósito de fortalecer las finanzas, sin afectar la calidad de los servicios médicos. La estricta disciplina financiera que se aplicó desde 2013 permitió acortar la brecha entre ingresos y gastos, lo que disminuyó gradualmente el uso de reservas de 2013 a 2015 y, finalmente, permitió obtener 2 años con superávit de 7,011 millones de pesos en 2016 y 9,749 millones de pesos en 2017.

La formalización del empleo durante esta Administración muestra tasas de crecimiento superiores a las de la economía en general, lo que contribuye al saneamiento financiero del Instituto. En 2017 los ingresos propios crecieron por quinto año consecutivo, acumulando un crecimiento de 22.3% en ese lustro. La existencia de una población fundamentalmente joven y la creación de oportunidades de trabajo en condiciones de productividad favorece la recaudación al tener una mayor proporción de gente trabajando y cotizando.

Las perspectivas financieras muestran hoy un escenario en el que el IMSS es sustentable en el corto plazo, por primera vez desde el Informe presentado en 2008; asimismo, se estima que de continuar con medidas de contención que mejoren la eficiencia del gasto, tendrá viabilidad financiera cuando menos hasta 2030.

¹ Todos los importes mencionados están expresados en millones de pesos de 2018, excepto cuando se indique algo distinto.

El IMSS hoy es más moderno, pues es una institución que está a la vanguardia en la medicina y es cuna de grandes procedimientos médicos y quirúrgicos.

En las Unidades Médicas de Alta Especialidad (UMAE) del IMSS se han llevado a cabo los primeros trasplantes de corazón, de riñón y de hígado que se hicieron en México. También, se implantó el primer corazón artificial permanente en América Latina y el primer retrasplante efectivo de corazón.

Con el paso del tiempo, estas Unidades Médicas se han mantenido activas incorporando el uso de tecnología de última generación y técnicas innovadoras que otorgan al IMSS reconocimiento internacional.

El Seguro Social ha sido sede de grandes hazañas de la medicina en materia de trasplantes de todo tipo de órganos, corazones artificiales y las más extraordinarias cirugías que han marcado pauta, muchas de ellas realizadas en condiciones extremas como las registradas durante los sismos de septiembre de 2017.

Por otra parte, el Instituto amplió las opciones de contratación que prevé el Estado, al incorporar los esquemas previstos en la Ley de Asociaciones Público Privadas (LAPP), lo cual promueve la existencia de relaciones contractuales de largo plazo entre instancias del sector público y del sector privado. De esta forma, se identificó la ventaja de que una empresa privada aportara su experiencia en diseño, construcción, equipamiento, mantenimiento, reposición de equipos y prestación de servicios no médicos; mientras que los servicios médicos sean siempre brindados por el personal del Instituto, quien aportará su experiencia en la atención a la población derechohabiente. Este esquema estará en marcha en 4 hospitales: Hospital General de Zona (HGZ) de Tapachula; Chiapas; HGZ en Bahía de Banderas, Nayarit; Hospital General Regional (HGR) de García, Nuevo León, y HGR en Tepetzotlán, Estado de México, que prevén un plazo de contratación

de 25 años, incluidos 2 años de construcción y 23 años de operación.

El nuevo modelo digital implementado en esta Administración permite que 78% de los trámites y servicios ante el Instituto se realicen por esta vía a través de su página de Internet y la aplicación IMSS Digital, que es la más requerida en todo el Gobierno Federal con 2.2 millones de descargas.

Algunos de los proyectos más importantes relacionados con la simplificación y digitalización son el trámite de pensión, el pago de incapacidades de manera electrónica para todos los trabajadores y para mujeres con parto prematuro, así como la renovación de seguros voluntarios, que evitarán traslados a oficinas del Instituto.

El IMSS hoy es más cercano a la gente, porque se tiene claro que el centro y razón de ser de las acciones de los 430 mil trabajadores son los derechohabientes, quienes merecen mejores instalaciones, mejores servicios y una atención oportuna, con calidad y calidez.

En septiembre de 2017 el país fue sacudido por 2 grandes sismos, el 7 y el 19 de septiembre, los cuales afectaron varias regiones del sureste y centro del país. Ante los efectos ocasionados por estos sismos, el IMSS desplegó acciones basadas en 2 ejes: 1) atención médica en las áreas afectadas, con independencia de si el afectado era o no derechohabiente, brindando atención médica a 172,913 pacientes, y 2) monitoreo de la infraestructura del IMSS afectada por los sismos (1,303 unidades médicas, de prestaciones sociales y edificios administrativos) y las acciones correctivas consecuentes.

De cara al futuro, el IMSS sigue afrontando desafíos. El gasto de la nómina del Régimen de Jubilaciones y Pensiones (RJP) es uno de ellos. El valor presente del pasivo de este esquema de pensiones a cargo del IMSS en su carácter de patrón, representa 9.6% del Producto Interno Bruto². Por otro lado, enfrenta la presión del gas-

to de la atención médica del Seguro de Enfermedades y Maternidad, derivada de las transiciones demográfica y epidemiológica de la población derechohabiente, y también de la proporción del gasto del RJP que se le asigna a este seguro. Como se menciona en el Capítulo I, el valor presente del déficit de este seguro para el periodo de 2018-2050 se estima en 9.4% del Producto Interno Bruto.

Para hacer frente a esos retos en el mediano y largo plazos, no existe otra ruta más que la disciplina financiera; si esta fórmula se olvida, el IMSS retomará la tendencia del déficit financiero y eventualmente llegará al punto de incumplir con sus obligaciones legales. Por ello, el 27 de septiembre de 2017, el H. Consejo Técnico aprobó las *Políticas y Directrices para la Sustentabilidad Financiera del IMSS*, en las cuales se establecen las bases para garantizar una administración eficiente y ordenada de los recursos con una visión de largo plazo.

El H. Consejo Técnico del IMSS presenta anualmente este Informe al Ejecutivo Federal y al H. Congreso de la Unión, en cumplimiento a lo dispuesto en el Artículo 273 de la Ley del Seguro Social. El Informe consiste en un análisis sobre la situación financiera y presupuestaria —presente y futura— del Instituto y los principales riesgos que enfrenta; también se detallan las principales acciones realizadas y programas implementados, así como los avances obtenidos durante el ejercicio 2017. Conforme a la Ley, los resultados contables y actuariales presentados en este documento fueron dictaminados por auditores externos.

El contenido del documento se ajusta a lo establecido en las fracciones del Artículo 273. En los capítulos I al VII y el IX se aborda la temática de las fracciones I a III; se incluye la situación financiera de cada uno de los seguros ofrecidos por el Instituto, así como la situación actuarial de sus reservas; además, contienen elementos que permiten evaluar si las primas correspondientes

² Para obtener la relación respecto al PIB de 2018 el valor presente del costo de las pensiones se estimó a 2018 a partir de la proyección del gasto anual para un periodo de 85 años al que se hace referencia en el Capítulo X de este Informe.

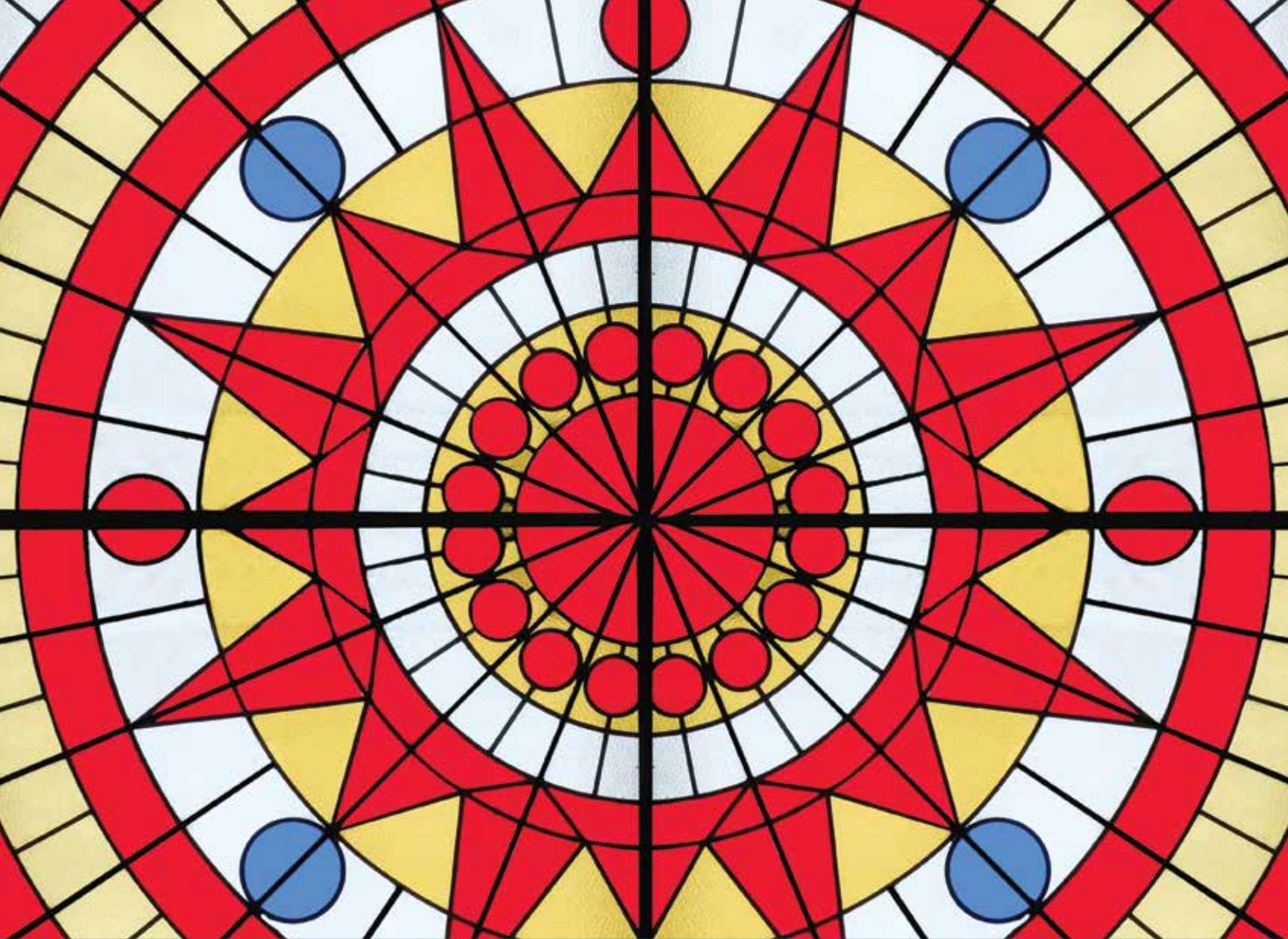
son suficientes para cubrir los gastos actuales y futuros de los beneficios derivados de cada seguro. Se analizan los posibles riesgos, contingencias y pasivos que se están tomando en cada seguro y la capacidad financiera del Instituto para responder a ellos en función de sus ingresos y las reservas disponibles. Se realizaron estimaciones sobre las posibles modificaciones a las cuotas obrero-patronales y a las contribuciones y aportaciones del Gobierno Federal de cada seguro para mantener la viabilidad financiera del Instituto.

En el Capítulo X se presentan elementos sobre la situación de los pasivos laborales totales y de otra índole que comprometen el gasto de la institución por más de un ejercicio fiscal. Lo que responde a la fracción IV del citado Artículo 273.

Los Capítulos I, II, V y VI muestran las tendencias demográficas de la población beneficiaria, incluyendo modificaciones en la esperanza de vida, tendencias en la transición demográfica y cambios en la composición de género de la fuerza laboral. Esta estimación de riesgos considera los factores que podrían afectar la capacidad del Instituto para cumplir con sus compromisos, tales como aquellos derivados del ciclo económico, de la evolución del costo de los tratamientos y medicamentos, los costos laborales, de la situación macroeconómica, entre otros.

También se aborda, en el Capítulo XI, el estado que guardan las instalaciones y equipos del Instituto, particularmente los dedicados a la atención médica, con lo que se da cumplimiento al último párrafo del Artículo 273.

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



Entorno y Situación Financiera General

Capítulo I

Este capítulo presenta la situación financiera general del Instituto a través de: i) los resultados obtenidos al cierre de 2017, reflejados en el estado de actividades y el estado de la situación financiera, ambos reportes dictaminados por auditor externo, y ii) las proyecciones financieras de ingresos y gastos, excedentes, y fondeo de reservas para el corto y el largo plazos, 2018 a 2026 y 2027 a 2050, respectivamente³.

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

³ Este capítulo se complementa con el Anexo B en el que se presenta un análisis del Presupuesto Basado en Resultados y del Sistema de Evaluación del Desempeño.

La respuesta a los retos a los cuales se enfrenta el IMSS, ha sido un proceso de distintas medidas implementadas desde el inicio de la presente Administración. Estas medidas van desde la administración de los recursos hasta el fortalecimiento de políticas de disciplina y orden presupuestal, que al cierre del ejercicio 2017 permitieron no usar las reservas originalmente contempladas y obtener un superávit de más de 9,749 millones de pesos⁴. Este proceso de mejora administrativa y financiera se debe continuar hacia los siguientes años, ya que los retos persistirán en el mediano plazo.

I.1. Entorno

La complejidad del entorno en el que el IMSS opera, involucra múltiples factores que requieren de políticas y acciones necesarias en el ámbito de la salud, las pensiones y, de manera muy especial, el financiero, para responder

⁴ Importe expresado en pesos constantes de 2018.

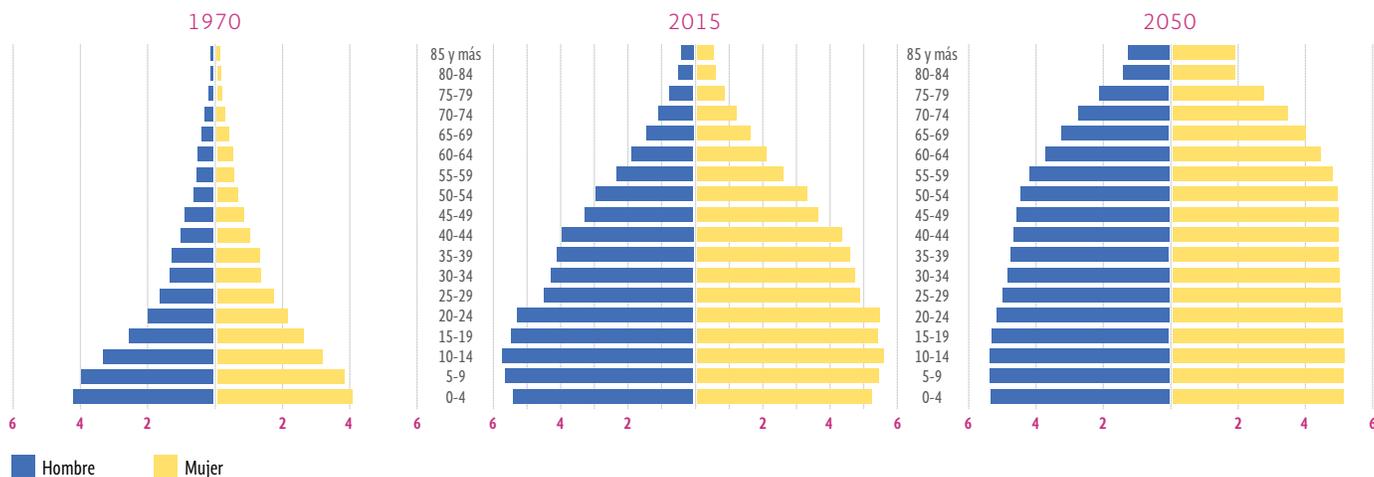
al desafío de garantizar acceso oportuno a las prestaciones otorgadas.

I.1.1. Transiciones demográfica y epidemiológica

El descenso en las tasas de mortalidad y fecundidad provoca cambios importantes en el crecimiento y la distribución por edades de la población. El aumento progresivo de la proporción de personas de 60 años y más en la población total es resultado de una gradual alteración del perfil de la estructura por edades, cuyos rasgos clásicos (una pirámide con base amplia y cúspide angosta) se van desdibujando, para darle una fisonomía rectangular (gráfica I.1).

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

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



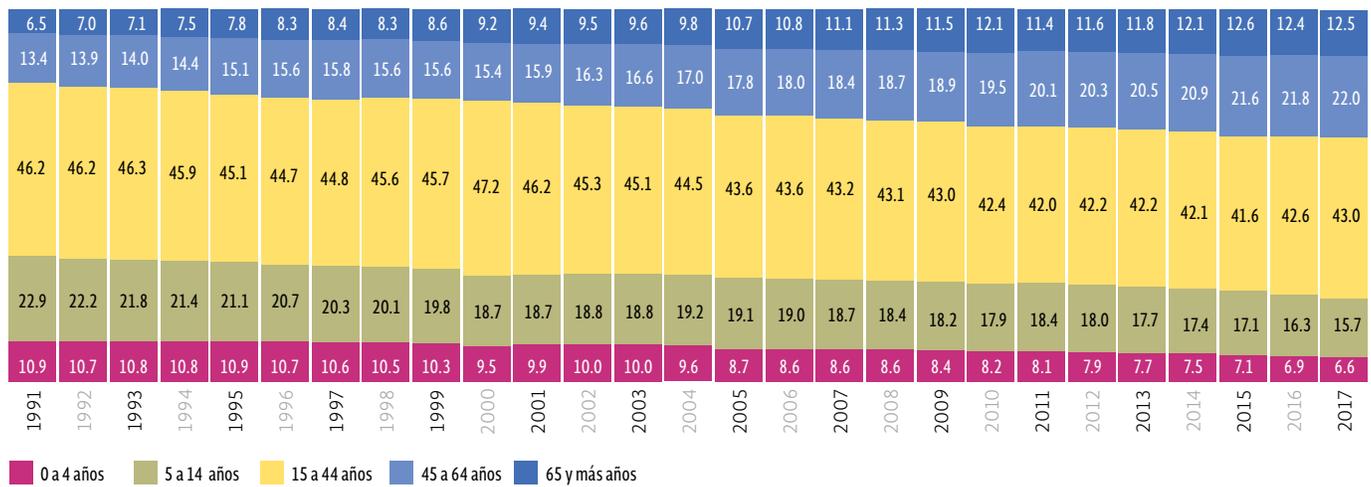
Fuente: INEGI, IX Censo de Población y Vivienda 1970 y Encuesta Intercensal 2015; Consejo Nacional de Población, Proyecciones de la Población 2010-2050.

El envejecimiento de la población derechohabiente conlleva a un mayor gasto, pues en la vejez no solo se demandan más prestaciones, sino que también se enfrentan enfermedades más complejas, se viven más años con enfermedades crónicas (y comorbilidades), y

en muchos casos existen niveles de discapacidad y de dependencia importantes (gráfica I.3).

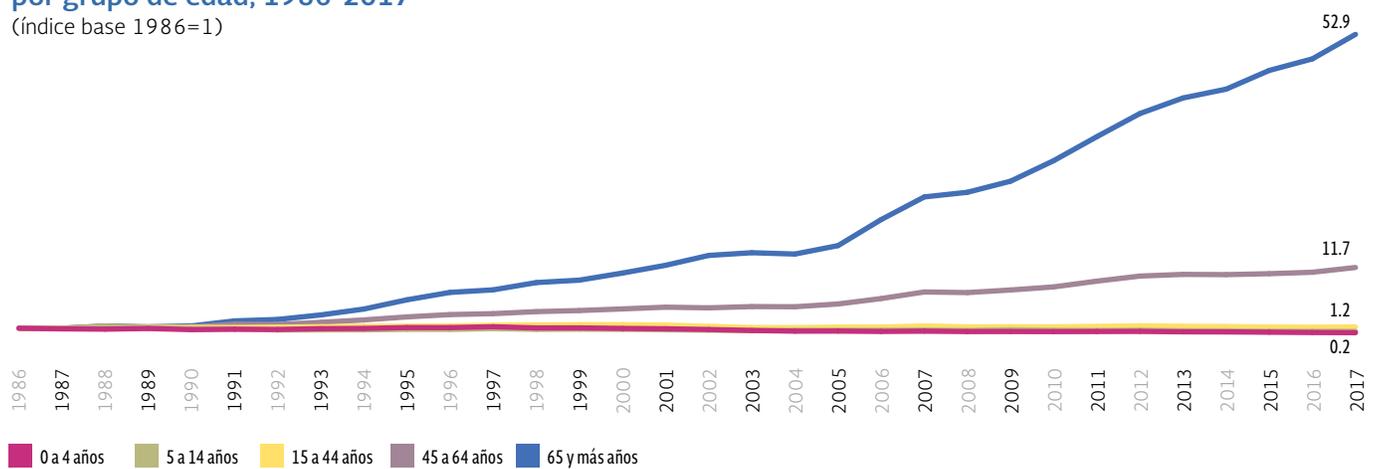
Otro efecto de la transición consiste en el desplazamiento de la mortalidad de los niños hacia los adultos (gráfica I.4). Del total de defunciones en el IMSS

GRÁFICA I.2.
Composición de la población derechohabiente adscrita a médico familiar por grupo de edad, 1991-2017^{1/}
 (porcentajes)



^{1/} De 1991 a 2010, las cifras corresponden al mes de junio de cada año. A partir de 2011, las cifras corresponden al 31 de diciembre de cada año.
 Fuente: Dirección de Prestaciones Médicas; Dirección de Incorporación y Recaudación, IMSS.

GRÁFICA I.3.
Crecimiento de consulta externa de Medicina Familiar por grupo de edad, 1986-2017
 (índice base 1986=1)



Fuente: Dirección de Prestaciones Médicas, IMSS.

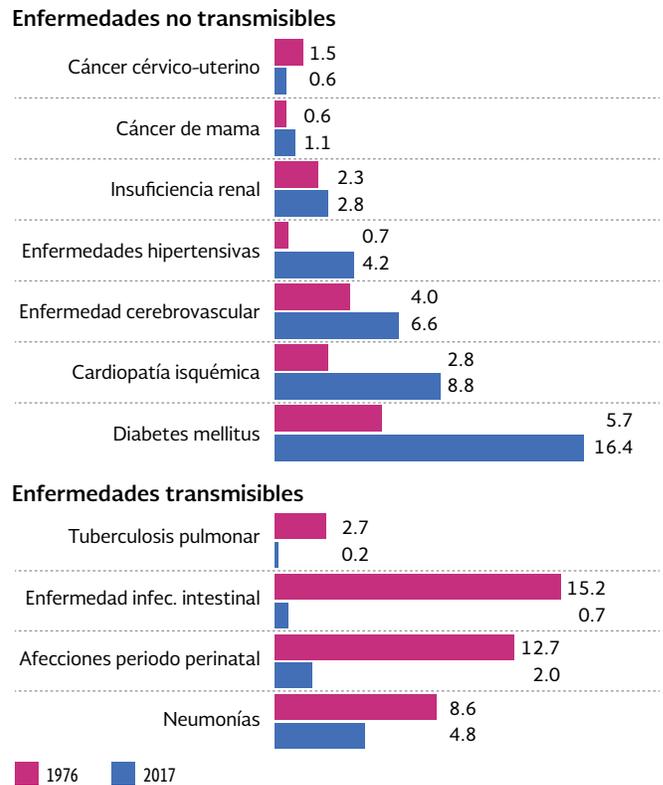
en 1976, 51.5% ocurrió dentro del grupo de menores de 5 años, y 20% en el grupo de mayores de 65 años. En 2017, la situación de estos 2 grupos se había invertido: se redujo el porcentaje de defunciones en el grupo de menores de 5 años a 4.2%, en tanto que los decesos en el grupo de mayores de 65 años representó 58.6%.

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

En la gráfica I.5 se observa una reducción drástica de las defunciones registradas por afecciones en la etapa perinatal, enfermedades infecciosas intestinales y tuberculosis pulmonar, padecimientos que ocupaban los primeros lugares de mortalidad en 1976, y un aumento de defunciones originadas por enfermedades

GRÁFICA I.5.
Defunciones por causas seleccionadas, 1976-2017

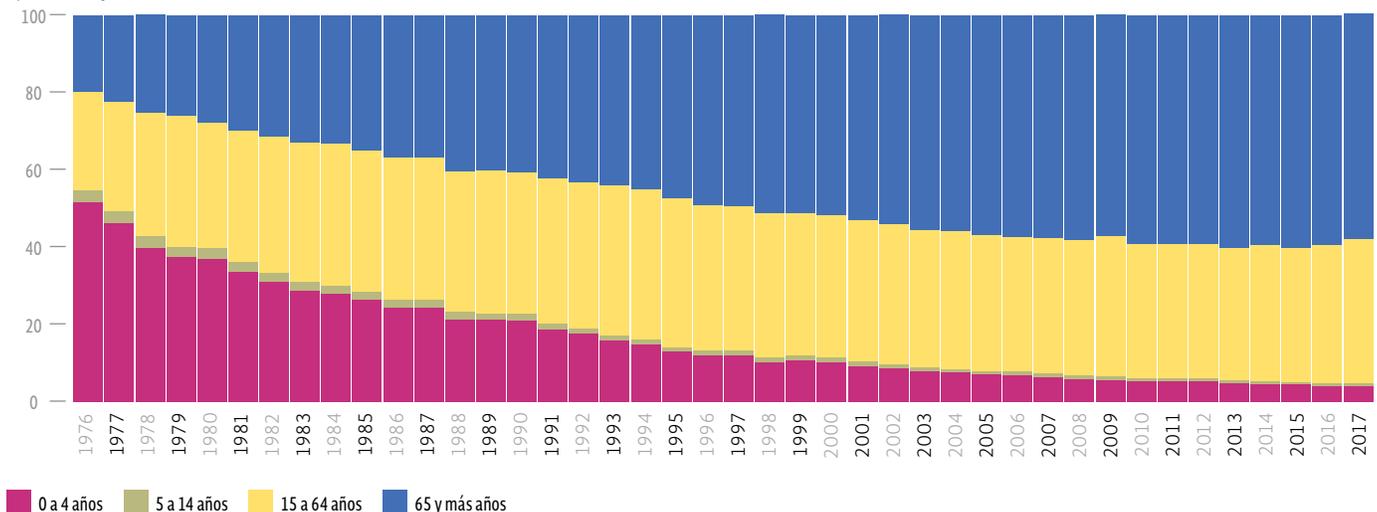
(porcentajes)



Fuente: Dirección de Prestaciones Médicas, IMSS.

GRÁFICA I.4.
Defunciones por grupo de edad en el IMSS, 1976-2017

(porcentajes)



Fuente: Dirección de Prestaciones Médicas, IMSS.

no transmisibles como diabetes mellitus, cardiopatía isquémica, enfermedad cerebrovascular, enfermedades hipertensivas, insuficiencia renal y neoplasias malignas, que ocuparon los primeros lugares de mortalidad en 2017.

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

I.1.2. Contexto económico

Durante 2017, la actividad económica en México registró un crecimiento de 2%⁵. Del comportamiento a lo largo del año destaca que, como consecuencia de los efectos de los sismos ocurridos en septiembre, en el segundo semestre de 2017 el PIB registró una disminución (gráfica I.6).

Por su parte, el mercado laboral continuó fortaleciéndose durante 2017. El número de trabajadores afiliados al IMSS registró un crecimiento anual de casi

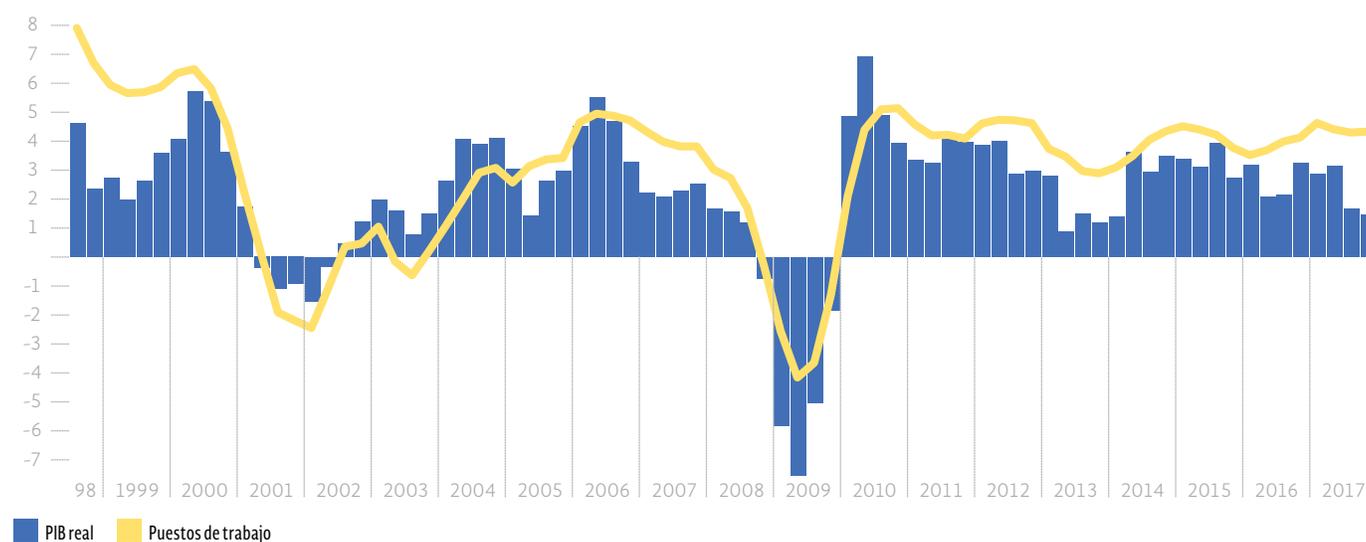
802 mil plazas, equivalente a una tasa de 4.3%, más del doble de lo que creció el PIB, y los crecientes niveles de afiliación se tradujeron en ingresos obrero-patronales superiores a las metas previstas, como se detalla en el Capítulo II.

Durante 2017, la inflación general anual aumentó, alcanzando al cierre del año una tasa de 6.77%. En particular, a inicios de 2017 la inflación se vio influida de manera adversa por la depreciación de la moneda nacional y el aumento en su volatilidad, resultado a su vez de la incertidumbre sobre la postura del nuevo gobierno de Estados Unidos, así como por los incrementos registrados en los precios de algunos energéticos derivados de su proceso de liberalización.

Otro factor que incide en el aumento de los costos en las prestaciones médicas es la incorporación creciente y acelerada de nuevas tecnologías médicas, las que pueden traducirse en nuevos medicamentos, intervenciones de vanguardia, más especialistas, mejores implementos, exámenes y equipos, entre otros. Es común que los altos costos de inversión en investigación y desarrollo

⁵ En cifras ajustadas por estacionalidad 2.3%.

GRÁFICA I.6.
Producto Interno Bruto real y trabajadores asegurados afiliados al IMSS, 1998-2017^{1/}
(variación porcentual anual, para el Producto Interno Bruto serie desestacionalizada)



^{1/} Para los trabajadores asegurados afiliados al IMSS se toma el cierre del trimestre.
PIB: Producto Interno Bruto trimestral, base 2013, serie desestacionalizada, a precios de 2013.
Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI); Dirección de Incorporación y Recaudación, IMSS.

implicados en el proceso de generación de nuevas tecnologías de prevención, diagnóstico y tratamiento se observen antes de su salida al mercado y se vea reflejado de inmediato en el precio de mercado del mismo. Por supuesto, es de esperar que después de un tiempo los beneficios del cambio tecnológico en la salud de la población sobrepasen considerablemente los costos.

I.2. Situación financiera general

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

Los estados de actividades y de situación financiera se presentan conforme a la normatividad aplicable⁶, revelando el costo neto del periodo de las obligaciones laborales, en virtud de que el Instituto tiene establecido un Régimen de Jubilaciones y Pensiones (RJP) y un plan de Prima de Antigüedad para sus trabajadores, cuya reserva y aportación son calculadas de acuerdo con la Norma de Información Financiera D-3 “Beneficios a los Empleados” emitida por el Consejo Mexicano para la Investigación y Desarrollo de Normas de Información Financiera.

En el estado de actividades del ejercicio 2017 se reconoce parcialmente el costo neto del periodo que corresponde al registro de los pagos realizados por concepto del Régimen de Jubilaciones, Pensiones y Prima de Antigüedad, en cumplimiento a las disposiciones de la Norma de Información Financiera Gubernamental General para el Sector Paraestatal “Obligaciones Laborales” (NIFGG SP05), emitida por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, en donde se señala que únicamente se deberá registrar el costo neto del periodo

que se encuentre presupuestado y fondeado, y que no implique un resultado desfavorable para el Instituto. A través de notas a los estados financieros dictaminados, se revelan los montos totales de los pasivos laborales que se obtienen de la aplicación de la Norma de Información Financiera D-3 “Beneficios a los Empleados” que es de aplicación obligatoria en cuanto a valuación y revelación.

I.2.1. Estado de actividades

El cuadro I.1 muestra el estado de actividades en apego a las Normas de Información Financiera emitidas por la Secretaría de Hacienda, por lo que el resultado favorable equivalente a 11,537 millones de pesos, no considera el registro total del costo neto del periodo de las obligaciones laborales y solo reconoce parcialmente el costo de dichas obligaciones al reflejar los pagos efectuados durante el ejercicio.

Adicionalmente, estas cifras no reflejan los ingresos recibidos del Gobierno Federal ni los egresos realizados por cuenta del mismo para el pago de las pensiones de los asegurados (en curso de pago y garantizadas, de invalidez y vida y de cesantía y vejez), en virtud de que corresponden a obligaciones del Gobierno Federal en donde el IMSS es solamente el administrador.

Ingresos

Los ingresos del Instituto provienen principalmente de 4 fuentes de financiamiento: i) de las cuotas y aportaciones tripartitas a la seguridad social que se reciben por parte de los trabajadores, de los patrones y del Gobierno Federal, incluidas las multas, recargos y actualizaciones; ii) de las ventas y servicios en tiendas, centros vacacionales y velatorios; iii) de los intereses y rendimientos obtenidos de la inversión de las reservas y disponibilidades, y iv) del uso de los recursos de las reservas y fondos del Instituto.

⁶ Postulados Básicos de Contabilidad Gubernamental, la Ley de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria y su Reglamento, así como las Normas de Información Financiera Gubernamentales Generales y para el Sector Paraestatal, emitidas por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.

CUADRO I.1.

Estado de actividades dictaminado al 31 de diciembre de 2017 y 2016

(millones de pesos corrientes)

Concepto	2016	2017
Ingresos y otros beneficios		
Ingresos de la gestión		
Cuotas y aportaciones de seguridad social	353,336	383,939
Ingresos por venta de bienes y servicios		
Ingresos por venta de bienes y servicios de organismos descentralizados	1,410	1,436
Otros ingresos y beneficios		
Ingresos financieros		
Intereses ganados de valores, créditos y bonos	5,898	10,301
Otros ingresos y beneficios varios	11,836	14,758
Total de ingresos	372,480	410,434
Gastos y otras pérdidas		
Gastos de funcionamiento		
Servicios de personal	169,177	178,044
Materiales y suministros	52,080	55,042
Servicios generales y subrogación de servicios	32,491	35,705
Otros gastos y pérdidas		
Subsidios	25,746	28,230
Ayudas sociales, donativos y cuotas a organismos internacionales	-	1,690
Estimaciones, depreciaciones y deterioro	6,896	8,604
Otros gastos	14,972	16,901
Pagos a pensionados y jubilados IMSS	67,773	74,681
Total de gastos	369,135	398,897
Resultado del ejercicio	3,346	11,537

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

El total de ingresos del IMSS para el ejercicio 2017 ascendió a 410,434 millones de pesos, cifra superior en 37,954 millones de pesos respecto al ejercicio anterior. El incremento en los ingresos totales se explica principalmente por el aumento consistente de la recaudación, situación que se ve reflejada en el renglón de “Cuotas y aportaciones de seguridad social”, así como por el uso eficiente de los recursos financieros reflejado en los “Intereses ganados de valores, créditos y bonos”.

Gastos

El gasto del Instituto comprende todas las erogaciones realizadas para llevar a cabo la prestación de sus servicios y tiene 2 componentes importantes: i) los gastos de funcionamiento, que incluye servicios de personal (nómina a trabajadores del Instituto), materiales y suministros (medicamentos, materiales de curación, entre otros), servicios generales y subrogación de servicios, los cuales representan 67%, y ii) Otros gastos y pérdidas, que considera subsidios (prestaciones a los dere-

chohabientes), ayudas sociales, donativos y cuotas a organismos internacionales, pagos a jubilados y pensionados del IMSS, estimaciones, depreciaciones y deterioros, así como la creación de reservas financieras y de contingencia de acuerdo con la propia Ley del Seguro Social, que representan 33%.

El total de gastos del IMSS para el ejercicio 2017 ascendió a 398,897 millones de pesos, cifra superior en 29,762 millones de pesos respecto al ejercicio anterior. Esta cifra superior se explica principalmente por el incremento en los gastos de funcionamiento y por el incremento en el rubro de pagos a pensionados y jubilados del IMSS. A pesar del incremento en el total de gastos, uno de los factores de peso para este crecimiento está reflejado en el renglón de “Otros gastos” y es consecuencia de que el Instituto ha podido incrementar sus reservas financieras con el fin de enfrentar situaciones futuras.

Respecto a los pagos a pensionados y jubilados del IMSS ya mencionados, las proyecciones de crecimiento presentadas en este mismo Informe indican que este concepto seguirá creciendo de manera consistente en los próximos años, dicho concepto representa el costo de las obligaciones laborales reconocidas al 31 de diciembre de 2017, y es equivalente a 18.7% del total de gastos del Instituto, en comparación con 18.3% correspondiente al gasto de 2016.

Derivado del impacto de las obligaciones laborales en las finanzas del Instituto, resulta relevante dar visibilidad de los efectos que tendría el reconocimiento en los resultados del costo neto del periodo, para lo cual, utilizando los resultados de la “Valuación Actuarial de las Obligaciones Laborales por el Régimen de Jubilaciones y Pensiones y Prima de Antigüedad de los Trabajadores del IMSS”, bajo la Norma de Información Financiera D-3, el

costo neto del periodo para el ejercicio que terminó el 31 de diciembre de 2017 ascendió a 1'879,322 millones de pesos⁷, de los cuales solo se reconoció parcialmente el costo que corresponde al registro de los pagos a pensionados y jubilados IMSS (79,985 millones de pesos), por lo que el efecto de registrar la parte no reconocida en resultados (1'799,337 millones de pesos) en la contabilidad institucional implicaría la determinación de un resultado del ejercicio de naturaleza desfavorable por 1'787,800 millones de pesos, como lo muestra el cuadro I.2.

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

Aunque los estados de actividades por ramo de seguro se presentarán por separado en los capítulos correspondientes, cabe señalar que para el ejercicio 2017 los seguros de Riesgos de Trabajo (SRT), de Invalidez y Vida (SIV), y de Guarderías y Prestaciones Sociales (SGPS) tuvieron superávit. Por otra parte, los seguros de Enfermedades y Maternidad (SEM) y de Salud para la Familia (SSFAM) fueron deficitarios, a pesar de no haber incluido en su resultado el total del costo neto del periodo de las obligaciones laborales. Como se verá más adelante en los capítulos respectivos a cada seguro, cuando el costo neto del periodo de las obligaciones laborales se toma en cuenta, el Seguro de Enfermedades y Maternidad y el Seguro de Salud para la Familia arrojan un mayor déficit, mientras que el Seguro de Riesgos de Trabajo y el Seguro de Guarderías y Prestaciones Sociales se vuelven deficitarios, y el Seguro de Invalidez y Vida disminuye su superávit.

⁷ El costo neto del periodo (con cargo a resultados del ejercicio 2017) es el costo derivado de la relación laboral atribuible al año de valuación y está integrado por los siguientes conceptos: costo laboral, costo financiero, rendimientos de los activos del plan y amortizaciones. Para más detalles sobre este término ver el Capítulo X sobre el pasivo laboral del Instituto.

CUADRO I.2.

**Estado de actividades dictaminado al 31 de diciembre de 2017 y 2016,
con el registro total del costo neto del periodo del Régimen de Jubilaciones y Pensiones**

(millones de pesos corrientes)

Concepto	2016	2017
Ingresos y otros beneficios		
Ingresos de la gestión		
Cuotas y aportaciones de seguridad social	353,336	383,939
Ingresos por venta de bienes y servicios		
Ingresos por venta de bienes y servicios de organismos descentralizados	1,410	1,436
Otros ingresos y beneficios		
Ingresos financieros		
Intereses ganados de valores, créditos, bonos	5,898	10,301
Otros ingresos y beneficios varios^{1/}	10,713	13,487
Total de ingresos	371,357	409,163
Gastos y otras pérdidas		
Gastos de funcionamiento		
Servicios de personal ^{1/}	163,619	171,469
Materiales y suministros	52,080	55,042
Servicios generales y subrogación de servicios	32,491	35,705
Otros gastos y pérdidas		
Subsidios	25,746	28,230
Ayudas sociales, donativos y cuotas a organismos internacionales	-	1,690
Estimaciones, depreciaciones y deterioro	6,896	8,604
Otros gastos	14,972	16,901
Pagos a pensionados y jubilados IMSS ^{2/}	72,208	79,985
Costo por beneficios a empleados (RJP) ^{2/}	1,644,768	1,799,337
Total de gastos	2,012,780	2,196,963
Resultado del ejercicio	-1,641,422	-1,787,800

^{1/} En el rubro de Otros ingresos y beneficios varios con registro total no se consideran 1,123 millones de pesos y 1,271 millones en 2016 y 2017 por la nómina de jubilados del Programa IMSS-PROSPERA, ya que se incluye en el rubro de Pagos a pensionados y jubilados IMSS. Asimismo, en el rubro Servicios de personal no se consideran 5,558 millones de pesos y 6,575 millones de pesos en 2016 y 2017, respectivamente, por los pagos por Prima de Antigüedad y las aportaciones del Instituto al Régimen de Jubilaciones y Pensiones, de acuerdo con las cláusulas contractuales, ya que están incluidos en el rubro de Pagos a pensionados y jubilados IMSS.

^{2/} El costo neto del periodo determinado por el despacho externo Lockton México Agente de Seguros y de Fianzas S. A. de C. V., es 1'716,976 millones de pesos y 1'879,322 millones de pesos en 2016 y 2017, respectivamente; se integra por los rubros de Pagos a pensionados y jubilados IMSS y Costo por beneficios a empleados del Régimen de Jubilaciones y Pensiones, la determinación del costo neto de 2017 para Régimen de Jubilaciones y Pensiones y para Prima de Antigüedad e Indemnizaciones en favor de los Trabajadores del Instituto Mexicano del Seguro Social, se realizó considerando la NIF D-3 "Beneficios a los Empleados" y las Mejoras 2017 con lo que se elimina el factor de reconocimiento gradual de las partidas pendientes de amortizar en el cargo a resultados y se incorpora el reconocimiento inmediato del saldo pendiente de amortizar.

Fuente: Dirección de Finanzas, IMSS, a partir de los Estados Financieros dictaminados al 31 de diciembre de 2017 y 2016, y de la Valuación Actuarial del Régimen de Jubilaciones y Pensiones y Prima de Antigüedad de los Trabajadores del Instituto Mexicano del Seguro Social bajo la Norma de Información Financiera D-3 "Beneficios a los Empleados", al 31 de diciembre de 2017 y Proyecciones para 2018.

I.2.2. Estado de situación financiera

El cuadro I.3 muestra el estado de situación financiera con cifras al 31 de diciembre de 2017, preparado de acuerdo con las Normas de Información Financiera General Gubernamental para el Sector Paraestatal.

Activo

Los activos totales ascienden a 445,573 millones de pesos, cifra superior en 36,696 millones de pesos respecto al ejercicio anterior. Esta cifra superior en los recursos del Instituto se explica principalmente por:

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

Pasivo

El pasivo total asciende a 260,490 millones de pesos, cifra superior en 25,070 millones de pesos respecto al ejercicio anterior. En concordancia con el registro contable para la creación de reservas y como se explicó en el incremento de los activos, esta cifra superior es consecuencia del incremento de aportaciones a las reservas financieras y de contingencia, y se ve reflejada en el rubro de “Otros pasivos” de la porción del Pasivo no circulante.

Patrimonio

El patrimonio total asciende a 185,082 millones de pesos, cifra superior en 11,625 millones de pesos; este incremento se explica, principalmente, por la utilidad contable obtenida durante el ejercicio 2017.

Al igual que en el estado de actividades, es importante conocer el impacto de las obligaciones laborales. En el cuadro I.4 se muestra el estado de situación financiera del Instituto al 31 de diciembre de 2017; en esta información se incorpora el reconocimiento del costo neto del periodo de las obligaciones laborales bajo la Norma de Información Financiera D-3. Derivado de lo anterior, el rubro de las provisiones para beneficios a los empleados asciende a 1'878,389 millones de pesos; dicho monto está integrado por 1'799,337 millones de pesos de obligaciones laborales no registradas por el Instituto y 79,052 millones de pesos que corresponden a la reserva constituida por dicho concepto. El reconocimiento de dichos pasivos implicaría que el patrimonio del Instituto sea deficitario en 1'614,255 millones de pesos.

1.2.3. Proyecciones financieras de corto plazo

1.2.3.1. Resultados generales en la Administración 2013-2017

Durante la presente Administración se consolidaron las finanzas del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) tras enfrentar un escenario de quiebra, ya que de tener un déficit casi inexistente en 2007, las finanzas se deterioraron hasta presentar un faltante de 28,482 millones⁸ de pesos en 2012, mismo que se cubrió con las reservas institucionales.

Ante tal deterioro financiero, el Instituto proyectaba contar con sustentabilidad financiera hasta el año 2014⁹, agotando la Reserva Financiera y Actuarial del Seguro de Enfermedades y Maternidad en 2015. Por lo anterior, desde el inicio de la actual Administración fue necesario reorientar las acciones y estrategias para for-

⁸ Todos los importes mencionados están expresados en millones de pesos de 2018, excepto cuando se indique algo distinto.

⁹ Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión sobre la Situación Financiera y los Riesgos del IMSS 2011-2012.

CUADRO I.3.

Estado de situación financiera dictaminado al 31 de diciembre de 2017 y 2016

(millones de pesos corrientes)

Concepto	2016	2017	Concepto	2016	2017
Activo Circulante			Pasivo Circulante		
Efectivo y equivalentes	8,394	11,156	Cuentas por pagar a corto plazo	5,330	6,323
			Servicios personales	633	622
Derechos a recibir efectivo o equivalentes	109,764	131,188	Proveedores	2,843	2,828
Inversiones financieras	67,442	83,015	Contratistas por obras públicas	382	1,116
Cuentas por cobrar	33,474	37,250	Retenciones y contribuciones	1,472	1,757
Deudores diversos	8,836	10,910			
IVA Acreditable	11	13	Otros pasivos	12,821	14,064
			Total de pasivos circulantes	18,151	20,387
Inventarios	171	188			
Inventario de mercancías para venta	171	188	Pasivo no circulante		
			Otros pasivos	217,269	240,103
Almacenes	8,277	8,466	Otros pasivos	138,226	161,052
			Obligaciones laborales	79,043	79,052
Otros activos circulantes	1,984	2,106			
			Total de pasivos no circulantes	217,269	240,103
Total de activos circulantes	128,591	153,104	Total pasivo	235,420	260,490
Activo no circulante			Patrimonio		
Inversiones financieras	85,783	93,428	Patrimonio contribuido	2,735	2,885
			Donaciones de capital	2,735	2,885
Bienes inmuebles, infraestructura y construcciones en proceso	92,750	95,174			
Terrenos	22,616	23,105	Patrimonio generado	170,723	182,198
Edificios no habitacionales	65,551	65,577	Resultado del ejercicio	3,346	11,537
Construcciones en proceso en bienes propios	4,583	6,492	Resultados de ejercicios anteriores	101,133	104,479
Bienes muebles	5,232	6,430	Revalúos	615	554
Mobiliario y equipo de administración	1,540	2,036	Exceso en la actualización del patrimonio	65,629	65,628
Mobiliario y equipo educacional y recreativo	3	3			
Equipo e instrumental médico y de laboratorio	2,821	3,164			
Equipo de transporte	8	5			
Maquinaria, otros equipos y herramientas	860	1,221			
Activos intangibles	78,924	78,924			
Concesiones y franquicias	9	9			
Provisiones no fondeadas del pasivo laboral	78,915	78,915			
Otros activos no circulantes	17,597	18,513			
Total de activos no circulantes	280,286	292,469	Total patrimonio	173,457	185,082
Total de activos	408,877	445,573	Total de pasivo y patrimonio	408,877	445,573

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

CUADRO I.4.
Estado de situación financiera dictaminado al 31 de diciembre de 2017 y 2016 con el registro total del costo neto del periodo del Régimen de Jubilaciones y Pensiones

(millones de pesos corrientes)

Concepto	2016	2017	Concepto	2016	2017
Activo Circulante			Pasivo Circulante		
Efectivo y equivalentes	8,394	11,156	Cuentas por pagar a corto plazo	5,330	6,323
			Servicios personales	633	622
Derechos a recibir efectivo o equivalentes	109,764	131,188	Proveedores	2,843	2,828
Inversiones financieras	67,442	83,015	Contratistas por obras públicas	382	1,116
Cuentas por cobrar	33,474	37,250	Retenciones y contribuciones	1,472	1,757
Deudores diversos	8,836	10,910			
IVA Acreditable	11	13	Otros pasivos	12,821	14,064
			Total de pasivos circulantes	18,151	20,387
Inventarios	171	188			
Inventario de mercancías para venta	171	188	Pasivo no circulante		
			Otros pasivos	1,862,037	2,039,440
Almacenes	8,277	8,466	Otros pasivos	138,226	161,052
			Obligaciones laborales ^{1/}	1,723,811	1,878,389
Otros activos circulantes	1,984	2,106			
			Total de pasivos no circulantes	1,862,037	2,039,440
Total de activos circulantes	128,591	153,104	Total pasivo	1,880,188	2,059,827
Activo no circulante			Patrimonio		
Inversiones financieras	85,783	93,428	Patrimonio contribuido	2,735	2,885
			Donaciones de capital	2,735	2,885
Bienes inmuebles, infraestructura y construcciones en proceso	92,750	95,174			
Terrenos	22,616	23,105	Patrimonio generado	-1,474,045	-1,617,139
Edificios no habitacionales	65,551	65,577	Resultado del ejercicio	3,346	11,537
Construcciones en proceso en bienes propios	4,583	6,492	Resultado del pasivo laboral	-1,644,768	-1,799,337
			Resultados de ejercicios anteriores	101,133	104,479
Bienes muebles	5,232	6,430	Revalúos	615	554
Mobiliario y equipo de administración	1,540	2,036	Exceso en la actualización del patrimonio	65,629	65,628
Mobiliario y equipo educacional y recreativo	3	3			
Equipo e instrumental médico y de laboratorio	2,821	3,164			
Equipo de transporte	8	5			
Maquinaria, otros equipos y herramientas	860	1,221			
Activos intangibles	78,924	78,924			
Concesiones y franquicias	9	9			
Provisiones no fondeadas del pasivo laboral	78,915	78,915			
Otros activos no circulantes	17,597	18,513			
Total de activos no circulantes	280,286	292,469	Total patrimonio	-1,471,311	-1,614,255
Total de activos	408,877	445,573	Total de pasivo y patrimonio	408,877	445,573

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

Fuente: Dirección de Finanzas, IMSS, a partir de los Estados Financieros dictaminados al 31 de diciembre de 2017 y 2016, y de la Valuación Actuarial del Régimen de Jubilaciones y Pensiones y Prima de Antigüedad de los Trabajadores del Instituto Mexicano del Seguro Social bajo la Norma de Información Financiera D-3 "Beneficios a los Empleados", al 31 de diciembre de 2017 y Proyecciones para 2018.

talecer las finanzas, sin afectar la calidad de los servicios médicos; de esta forma, la estricta disciplina financiera que se aplicó desde 2013 permitió acortar la brecha entre ingresos y gastos, logrando una disminución gradual en el uso de reservas de 2013 a 2015, llevándolo a cero en 2016 y 2017.

El saneamiento financiero se reflejó en la extinción del déficit de operación y en la obtención de 2 años con superávit de 7,011 millones de pesos en 2016 y 9,749 millones de pesos en 2017, resultados que no se habían observado desde el año 2008 como se muestra en la gráfica I.7.

El superávit obtenido en 2016 y 2017, junto con los remanentes de ejercicios anteriores que se encontraban en la Reserva Operativa (RO) por 8,212 millones de pesos, fueron transferidos a la Reserva de Operación para Contingencias y Financiamiento (ROCF), para posteriormente destinarlos a programas prioritarios de inversión física de ejercicios subsecuentes, tal como lo establece el Artículo 277 C de la Ley del Seguro Social (LSS).

Las estrategias realizadas para fortalecer las finanzas del IMSS le permiten contar ahora con fuentes

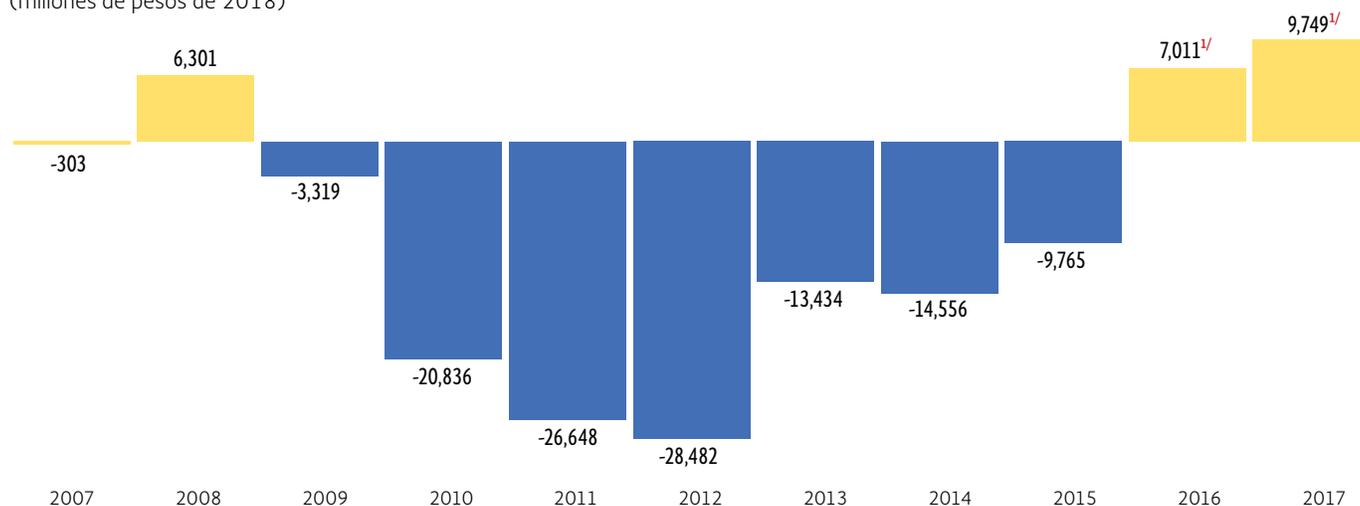
de financiamiento sólidas y un gasto eficiente y controlado, orientado a las áreas prioritarias, lo que contribuirá en los siguientes años a mantener y preservar el equilibrio financiero, a la vez que se cumplen los 2 grandes objetivos estratégicos de la actual Administración: mejorar la calidad y calidez de los servicios y sanear financieramente al Instituto.

Los resultados de los últimos años se han generado gracias a la disciplina financiera, por lo que un cambio de estrategia podría llevar de nuevo al Instituto a una situación deficitaria. El equilibrio financiero y las finanzas sanas del Instituto dependen en gran medida de factores externos, pero principalmente, de una continua disciplina presupuestal respecto al uso de los recursos institucionales.

1.2.3.2 Acciones emprendidas para la administración eficiente de los recursos

Una de las principales fortalezas para lograr los resultados favorables en las finanzas institucionales ha sido el crecimiento sostenido de los ingresos y el control del gasto. Entre 2013 y 2017, los ingresos propios crecieron

GRÁFICA I.7.
Balance de operación
(millones de pesos de 2018)



^{1/} Superávits destinados a la constitución de reservas para el financiamiento del Programa de Inversión Física.
Fuente: Dirección de Finanzas, IMSS.

en 17.7%, en tanto que los egresos propios, en 11.1%, ambos en términos reales.

Durante el periodo 2013-2017, las cuotas obrero-patronales crecieron en términos reales 4.1% en promedio cada año, mientras que en la Administración anterior se tuvo un incremento de 2.5% en promedio en términos reales. En los años 2016 y 2017 estos ingresos fueron superiores a la meta establecida en la Ley de Ingresos de la Federación (LIF) en 7,770 y 8,759 millones de pesos, respectivamente. Los ingresos excedentes se debieron a una mejor fiscalización, pero principalmente al incremento en la afiliación al tener niveles de empleo históricos.

Los productos financieros de las reservas se encuentran entre los rubros con una generación significativa de ingresos, los cuales en 2017 lograron un ingreso adicional de 6,767 millones de pesos respecto a la meta original. Esto es resultado de mejores estrategias de inversión de los recursos de las distintas reservas, conforme lo mandata el Artículo 286 C de la Ley del Seguro Social y de conformidad con la Asignación Estratégica de Activos. Ello permitió una mejor colocación de activos financieros y una diversificación de cartera con mejores tasas de rendimiento en comparación con las del mercado.

Los excedentes obtenidos en la Reserva General Financiera y Actuarial, las Reservas Financieras y Actuariales y Fondo Laboral (Subcuenta 2), son producto de la asignación estratégica por clase de activo y de la inversión en el mercado accionario local a través de mandatos de inversión.

En el periodo 2015-2017, los ingresos institucionales también se vieron favorecidos por el pago que realiza la Secretaría de Hacienda y Crédito Público al IMSS por concepto de la nómina de jubilados y pensionados del programa federal IMSS-PROSPERA, mismo que ascendió en este lapso a 2,216 millones de pesos.

Por el lado del gasto, el control y la disciplina presupuestal incidieron para cambiar la trayectoria financiera que ha tenido el Instituto, de manera que rubros como la nómina de personal, materiales y suministros,

y servicios generales tuvieron en 2017 menor participación relativa en el total del gasto, a costa del incremento en la nómina del Régimen de Jubilaciones y Pensiones (gráfica I.8).

El mayor reto en materia de gasto ha sido absorber el crecimiento del componente contractual de las erogaciones, conformado por la nómina de Personal y el Régimen de Jubilaciones y Pensiones sin incrementar el uso de reservas. El aumento anual promedio en el conjunto de estos rubros en el periodo 2013-2017 fue de 2.8% en términos reales.

Por otra parte, comparado con 2012, la nómina del Régimen de Jubilaciones y Pensiones ha representado un porcentaje creciente respecto al gasto total; ante ello, se han mejorado los procesos de pago bancario bajo un esquema de conexión directa entre las bases de datos de los bancos y el IMSS, lo cual ha representado una eficiencia operativa en la programación de flujo de efectivo.

A partir de 2013, la contención del gasto en materiales y suministros y en servicios generales, sin afectación a la prestación de los servicios institucionales, fue posible mediante un ejercicio presupuestario sustentado en principios de orden, disciplina, oportunidad y eficiencia, con revisiones periódicas del programa de trabajo y del presupuesto con las Delegaciones y las Unidades Médicas de Alta Especialidad.

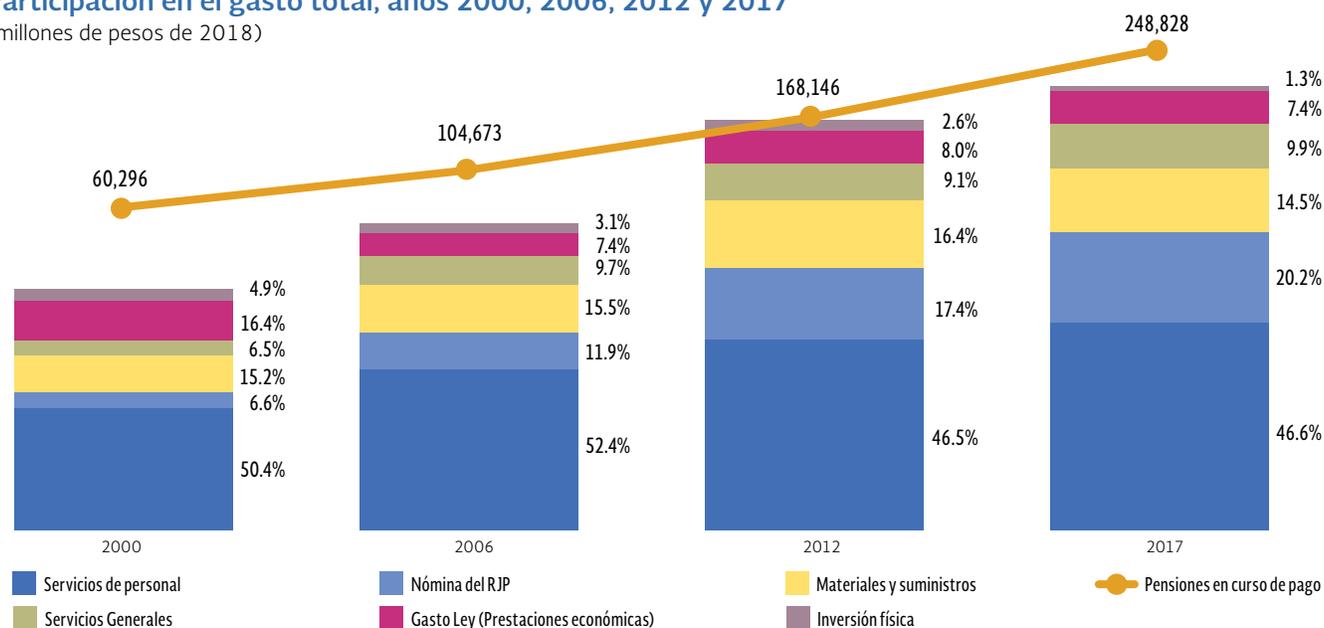
En cuanto al importe total de las compras del IMSS, 75.8% se llevan a cabo a través de procesos de Licitación Pública, lo que representa que más de 46.5 mil millones de pesos son contratados a través de este procedimiento.

En 2012, solo 60.9% del importe total de las compras del IMSS eran a través de Licitación Pública, en comparación con 75.8% al cierre de 2017, lo que representa 15% más de compras realizadas por este procedimiento, que sumado a las compras de medicamentos de patente o fuente única por adjudicación directa por alrededor de 9 mil millones de pesos, y a compras por montos pequeños, llevan a la conclusión de que los pro-

GRÁFICA I.8.

Participación en el gasto total, años 2000, 2006, 2012 y 2017

(millones de pesos de 2018)



Fuente: Dirección de Finanzas, IMSS.

cesos de adquisición de bienes y servicios se realizan conforme a las mejores condiciones de mercado.

Cabe resaltar que la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) hizo un reconocimiento al IMSS por ser una institución pionera en compras públicas; a manera de ejemplo está la compra consolidada de medicamentos, que ha generado ahorros a la presente Administración por más de 17 mil millones de pesos, de los cuales al IMSS le corresponden más de 10.5 mil millones de pesos.

La compra consolidada de medicamentos, vacunas y material de curación es una de las acciones más relevantes del proceso de mejora en los esquemas de abasto de medicamentos, ya que garantiza la oportunidad y la calidad de esos insumos, reduce costos y mejora el proceso de suministro.

La estrategia implementada en materia de abasto ha permitido registrar niveles históricos de atención en recetas. En el año 2017 se tuvo un promedio nacional en el Índice Nacional de Atención de Recetas de 99.4%, cifra mayor en 1.4 puntos porcentuales a la meta.

El seguimiento regular del presupuesto en 2016 y 2017 permitió reasignar recursos para la atención de prioridades institucionales. Adicionalmente, la operación diaria en línea de ajustes al presupuesto ha permitido, sin generar presiones de gasto, atender diversos requerimientos financieros en los rubros del gasto corriente.

Al cierre de 2017, se obtuvo un menor gasto corriente por 4,211 millones de pesos con respecto al autorizado en el Presupuesto de Egresos de la Federación (PEF).

En el periodo 2013 a 2017, el gasto en prestaciones económicas ha crecido en promedio 0.5% en términos reales, a diferencia del incremento observado en la anterior Administración de 6.3% en promedio. Para 2017 este rubro aumentó en 3.5%.

La negociación de menores precios y la contratación a plazo plurianual en servicios de amplia demanda ha sido parte importante de la estrategia financiera para la obtención de ahorros, el control y contención del gasto. Tal es el caso de los servicios integrales en terapias renales. La contratación plurianual de servicios de

hemodiálisis extramuros e intramuros, significó disminuciones de 29% y 64% en los precios ponderados por sesión, respectivamente. En 2017 el gasto en servicios integrales de nefrología fue inferior en 3.7% respecto a 2016 en términos reales, atendiendo incluso el incremento de 7.2% en el número de pacientes registrados en el censo de pacientes de esta especialidad.

El gasto en 2017 de los servicios integrales distintos de nefrología fue menor en 1.7% en términos reales respecto al año anterior, aun y cuando hubo un incremento cercano a 2.4% en los egresos hospitalarios, es decir, la productividad en servicios médicos otorgados ha ido en aumento y el gasto en servicios integrales se ha visto disminuido.

En 2017 se inauguraron 11 Unidades de Medicina Familiar y se incrementó la capacidad médica instalada en 309 camas con la puesta en marcha de los nuevos Hospitales Generales de Zona en Colima y Aguascalientes.

Para concluir la presente Administración, se prevé la ampliación de la capacidad médica instalada con la construcción de 40 Unidades de Medicina Familiar, 10 Clínicas de mamá y 12 Hospitales. Antes de diciembre de 2018 se inaugurarán 2 nuevos hospitales, uno en León, Guanajuato y otro en el Municipio del Marqués, en Querétaro; ambos con capacidad superior a 250 camas cada uno.

Adicional a ello, se está en proceso de reconstrucción de la infraestructura dañada por los sismos de septiembre de 2017, con una inversión en infraestructura cercana a los 2 mil millones de pesos, dentro de los cuales destacan los Hospitales de Cautla en Morelos, de Villa Coapa, en Ciudad de México; San Alejandro, en Puebla; Subdelegación de Zacatepec, y Unidades de Medicina Familiar No. 21, No. 25 y No. 93.

En el cumplimiento de la atención a los derechohabientes, el IMSS ha impulsado el crecimiento y mejora de su infraestructura, a través de la optimización de los recursos. En este sentido, el IMSS amplió las opciones de contratación que prevé el Estado, por lo que innovó

el financiamiento en materia de inversión física, al establecer el esquema que incorpora la Ley de Asociaciones Público Privadas (LAPP).

La LAPP tiene como objeto regular las relaciones contractuales de largo plazo, entre instancias del sector público y del sector privado, para la prestación de servicios al sector público en los que se utilice infraestructura proporcionada total o parcialmente por el sector privado, los cuales buscan aumentar el bienestar social y los niveles de inversión en el país.

La mejora de los servicios brindados a los derechohabientes es para el Instituto la principal ventaja por la cual determinó utilizar el esquema de Asociaciones Público Privadas garantizando la calidad de los servicios. En el caso del IMSS se identificó el beneficio de que una empresa privada aportara su experiencia en diseño, construcción, equipamiento, mantenimiento, reposición de equipos y prestación de servicios no médicos; mientras que los servicios médicos sean brindados por el personal del Instituto, quien aportará su experiencia en la atención a la población derechohabiente.

Bajo el esquema de Asociaciones Público Privadas, el IMSS prevé ampliar su capacidad instalada en 844 camas, mediante la construcción y puesta en marcha de 4 hospitales, que prevén un plazo de contratación de 25 años, incluidos 2 años de construcción y 23 años de operación; estos proyectos son:

- Construcción del Hospital General de Zona (HGZ) de 180 camas en Tapachula, Chiapas.
- Construcción del HGZ de 144 camas, en Bahía de Banderas, Nayarit.
- Construcción del Hospital General Regional (HGR) de 260 camas, en García, Nuevo León.
- Construcción del HGR de 260 camas, en Tepotzotlán, Estado de México.

En línea con el fortalecimiento de los Programas Médicos Preventivos, se ha focalizado la inversión de recursos en infraestructura para mejorar la salud de

la mujer y disminuir la incidencia del cáncer de mama. En 2016 se construyó y equipó en la Delegación Sur (CDMX) la primera clínica de mama en el IMSS y en 2017 se concluyó la construcción y puesta en marcha de la segunda clínica de detección y diagnóstico del cáncer de mama en la Delegación Norte (CDMX). Para 2018 se prevé la construcción de 9 unidades médicas más de estas características, lo cual ubica al Instituto a la vanguardia de la atención médica preventiva a la salud de la mujer.

A lo largo de 2017, para financiar el programa de Inversión Física, de acuerdo con el Artículo 277 C de la LSS, se hizo uso de la Reserva de Operación para Contingencias y Financiamiento (ROCF) por 2,112 millones de pesos; este financiamiento fue posible por el superávit obtenido en 2016.

Otra de las acciones emprendidas por el Instituto en años recientes es el cumplimiento oportuno de los compromisos de pago contraídos con la proveedoría, ya que se logró reducir en 60.9% el pago de pasivos, al pasar de 10,672 millones de pesos al cierre de 2013 a 4,174 millones de pesos en el cierre de 2017. En 2018 se prevé un nivel similar registrado en el último año; de esta forma, además de buscar el beneficio mutuo entre

la proveedoría y el Instituto, se logra un nivel óptimo de pasivos por la oportunidad en la liquidación de compromisos (gráfica I.9).

1.2.3.3. Políticas y Directrices para la Sustentabilidad Financiera del IMSS

Para consolidar la mejora en el balance de operación fue necesario institucionalizar un esquema operativo que promueva la solidez financiera en el mediano y largo plazos.

En alineación con el eje rector de equilibrio financiero previsto en el Artículo 272 de la LSS, el 27 de septiembre de 2017, el H. Consejo Técnico aprobó las “Políticas y Directrices para la Sustentabilidad Financiera del IMSS”, en las cuales se establecen las bases para garantizar una administración de los recursos eficiente, ordenada y con una visión de largo plazo.

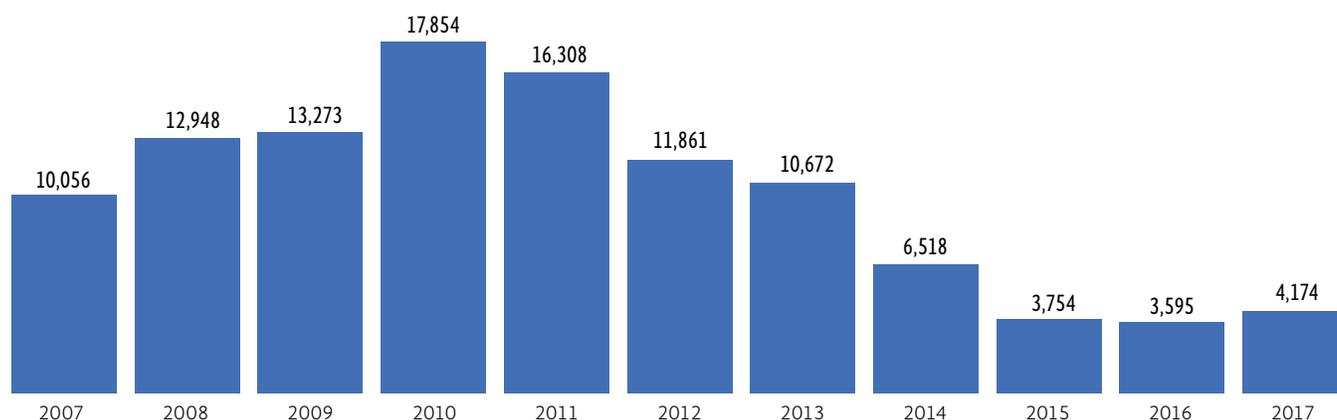
Estas Políticas y Directrices establecen que el Instituto formulará su proyecto de Presupuesto de manera que su gasto contribuya a mantener su estabilidad y equilibrio financiero conforme a las tendencias demográficas y epidemiológicas de su población beneficiaria.

En este instrumento de política interna se prevén por etapa y vertiente presupuestaria, acciones específi-

GRÁFICA I.9.

Pasivos al final de cada ejercicio

(millones de pesos de 2018)



Fuente: Dirección de Finanzas, IMSS.

cas para la formulación del presupuesto, ejecución del programa de gastos y la rendición de cuentas.

El esquema de equilibrio financiero considera directrices, políticas, objetivos, líneas de acción y medidas para las distintas etapas del ciclo presupuestario:

- 1) Planeación: Elaboración de Anteproyecto (proyección de ingresos y gastos).
- 2) Ejecución: Ejercicio del Presupuesto (ajuste en ingresos y gastos).
- 3) Rendición de cuentas: Cierre de transacciones (colocación de excedentes).

El IMSS en cada ejercicio fiscal tiene variantes en la planeación, algunas son de carácter exógeno y otras de carácter endógeno. La conjugación de ello requiere realizar ajustes en materia financiera y presupuestaria.

En la elaboración del Anteproyecto de Presupuesto, entre otros, se establece como premisa del equilibrio financiero, la planeación de un gasto acorde con la expectativa de los ingresos propios del año que corresponda.

Durante la ejecución del presupuesto se prevé que, en caso de que no se alcance la meta de ingresos programada para preservar el balance de operación previsto, o bien, que se presente una contingencia sanitaria de impacto nacional, se deberá realizar la disminución de los montos aprobados en los rubros no vinculados a la prestación de servicios médicos.

Otra disposición que procura la eficiencia en la asignación de recursos es la directriz para subsanar los subejercicios trimestrales que se vayan presentando.

En la etapa de rendición de cuentas, se prevé que si para el cierre del ejercicio los excedentes obtenidos generan un efecto positivo neto después de haber cumplido con la meta de incremento o reconstitución de las reservas y fondos, el balance de operación positivo se utilizará para el fortalecimiento de la Reserva de Operación para Contingencias y Financiamiento, en términos de lo dispuesto en los Artículos 277 C y 283 de la LSS.

1.2.3.4. Resultado de las proyecciones financieras de corto plazo

Supuestos

El cuadro I.5 presenta los principales supuestos utilizados para elaborar las proyecciones 2018-2026 de ingresos y gastos.

Para 2018, el IMSS considera factores como la incertidumbre en los mercados financieros, inestabilidad en precios de las materias primas y los energéticos, fluctuación en el crecimiento de la economía y de aquellas ligadas a la nuestra, el tipo de cambio, la capacidad de pago de los patrones y la liquidez en el mercado interno, entre otros.

La proyección de crecimiento económico para 2018 en cifras de SHCP-Banxico es de 2.5%, en tanto que para el periodo 2019-2026 el crecimiento oscila en un rango de 2.4% a 3.0%.

Con los logros alcanzados en materia financiera durante la presente Administración, las perspectivas financieras generan un escenario en el que el IMSS es sustentable en el corto plazo por primera vez desde el Informe presentado en 2008, mismo que no mostraba el deterioro que tendría hacia los siguientes años. Asimismo, con las variables utilizadas para estimar el largo plazo, el IMSS tendrá viabilidad financiera al 2030 de continuar con medidas de contención que hagan más eficiente el gasto.

Este cambio en las proyecciones financieras, derivado de la disciplina en el uso de los recursos institucionales, representa 10 años más de lo que se proyectó en el Informe 2016-2017, en el cual se estimó una sustentabilidad hasta el año 2020. Respecto a las proyecciones de horizonte de sustentabilidad financiera formuladas al término de la Administración anterior, la perspectiva de suficiencia se acrecentó en 16 años adicionales posteriores a 2014, que era cuando se estimaba la quiebra del Instituto.

Para 2018 se prevé la continuación del fortalecimiento de los ingresos y la contención del gasto, sin

CUADRO I.5.

Supuestos de proyecciones financieras de corto plazo, 2001-2026

(% variación anual, promedios del periodo/año)

Concepto	2001-2017	2007-2017	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026
Producto Interno Bruto												
SHCP-Banxico ^{1/}	2.04	2.09	2.04	2.50	3.00	2.42	2.63	2.63	2.63	2.63	2.63	2.63
OCDE ^{2/}	2.04	2.09	2.04	2.70	2.71	2.73	2.75	2.78	2.81	2.84	2.88	2.88
Empleo en el IMSS ^{3/}	2.68	3.26	4.31	3.60	3.00	2.42	2.63	2.63	2.63	2.63	2.63	2.63
Inflación ^{4/}	4.27	4.18	6.77	3.50	3.67	3.61	3.60	3.60	3.55	3.55	3.55	3.55
Salario base nominal ^{5/}	5.28	4.42	5.53	4.05	4.04	3.97	3.96	3.96	3.91	3.91	3.91	3.91
Salario base real ^{6/ = 5/ - 4/}	1.00	0.24	-1.25	0.55	0.37	0.36	0.36	0.36	0.36	0.36	0.36	0.36
Ingreso obrero-patronal IMSS (excluyendo IMSS- Patrón) ^{7/}	-	7.56	8.54	7.53	6.92	6.27	6.47	6.47	6.42	6.42	6.42	6.42

^{1/} Para el periodo 2001-2017, Producto Interno Bruto (base 2013) del Instituto Nacional de Estadística y Geografía en series originales. Para la expectativa de crecimiento económico de 2018 y 2019, Precriterios de Política Económica 2019, SHCP. Para la expectativa de crecimiento económico de 2020-2025, la Encuesta sobre las Expectativas de los Especialistas en Economía del Sector Privado: marzo de 2018, Banco de México.

^{2/} Para el periodo 2001-2017, Producto Interno Bruto (base 2013) del Instituto Nacional de Estadística y Geografía en series originales. Para la expectativa de crecimiento económico de 2018-2025, Pronósticos de Largo Plazo de la OECD, GDP *long-term forecast* (indicator). DOI: 10.1787/d927bc18-en (Accessed on 21 March 2018).

^{3/} Para el periodo 2001-2017, puestos de trabajo del Instituto Mexicano del Seguro Social. Para la expectativa de crecimiento del empleo de 2018, se considera una elasticidad empleo-producto igual a 1.4 y la expectativa de crecimiento del PIB de la SHCP-Banxico. Para la expectativa de crecimiento del empleo de 2019-2025, se considera una elasticidad empleo-producto igual a 1 y la expectativa de crecimiento del PIB de la SHCP-Banxico.

^{4/} Para el periodo 2001-2017, Índice Nacional de Precios al Consumidor del Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Para la expectativa de inflación de 2018, Precriterios de Política Económica 2019, SHCP. Para la expectativa de inflación de 2019-2025, la Encuesta sobre las Expectativas de los Especialistas en Economía del Sector Privado: marzo de 2018, Banco de México.

^{5/} Para el periodo 2001-2017, salario de trabajadores asegurados del Instituto Mexicano del Seguro Social. Para la expectativa de crecimiento del salario de 2018, se considera una elasticidad salario-inflación igual a 1.2 y la expectativa de inflación para el mismo periodo. Para la expectativa de crecimiento del salario de 2019 a 2025, se considera una elasticidad salario-inflación igual a 1.1 y las expectativas de inflación para el mismo periodo.

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

^{7/} Para el periodo de 2007-2017, ingreso obrero-patronal IMSS (excluyendo IMSS-Patrón) de la Dirección de Finanzas. Para la expectativa de crecimiento del ingreso obrero-patronal IMSS (excluyendo IMSS-Patrón) de 2018-2025, con base en el salario base nominal y empleo en el IMSS.

Fuente: Dirección de Finanzas, IMSS.

afectación de las prestaciones institucionales, entre otros, mediante la obtención de ahorros por compras consolidadas y contrataciones plurianuales de servicios sustantivos.

Con respecto al escenario de corto plazo, se proyecta que al final de 2018 los ingresos llegarán a 702,912 millones de pesos (cuadro I.6), mientras que el gasto podría llegar a 692,317 millones de pesos en los diversos capítulos que lo componen, lo cual generaría un excedente de 10,595 millones antes del incremento de reservas, y un déficit de 4,479 millones después de la acumulación de las reservas y Fondo Laboral, menos intereses restringidos por 1,704 millones de pesos de la Reserva de Operación para Contingencias y Financia-

miento (ROCF) y menos 8 millones del Fondo Laboral. Con las cifras antes mencionadas, se prevé un uso de la ROCF por 6,191 millones de pesos que financiarán el Programa de Inversión Física.

El resultado anterior es acorde con lo establecido en el documento de "Políticas y Directrices para la Sustentabilidad Financiera del IMSS", el cual menciona que se debe evitar el desfinanciamiento de las Reservas Financieras y Actuariales y/o restituir dichas reservas por usos de años anteriores, cuando se obtenga un balance de operación positivo.

El gasto de la nómina del Régimen de Jubilaciones y Pensiones para los años 2018 a 2026 sigue siendo un reto que enfrenta el Instituto. Aunque se han realizado

CUADRO I.6.
Flujo de efectivo: cierre 2017, presupuesto 2018 y proyecciones de cierre 2018-2026

(millones de pesos de 2018)

Concepto	2017	PEF 2018	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026
Ingresos (1)	661,385	692,284	702,912	737,377	760,425	793,163	828,316	865,499	904,097	945,430	989,334
Ingresos de Ley	389,607	400,623	404,974	417,500	428,123	439,863	451,936	464,325	477,057	490,138	503,564
Cuotas obrero-patronales	301,914	309,302	313,653	323,316	331,517	340,577	349,897	359,460	369,288	379,383	389,742
Aportaciones del Gobierno Federal	87,693	91,321	91,321	94,184	96,606	99,285	102,039	104,865	107,770	110,755	113,822
Productos financieros	13,708	12,207	13,750	13,491	12,386	11,720	11,636	11,668	11,789	11,825	12,176
Otros ingresos	6,178	7,542	5,766	8,318	6,272	6,574	6,878	7,191	7,506	7,812	8,105
Otros	1,565	540	1,337	1,337	1,337	1,337	1,337	1,337	1,337	1,337	1,337
Derivados de Cuotas	3,408	3,082	3,082	3,179	3,261	3,351	3,444	3,540	3,638	3,738	3,842
Comisiones por la administración de pensiones en curso de pago	-	2,443	-	2,357	-	-	-	-	-	-	-
Recuperación Adeudo RJP IMSS-PROSPERA	1,205	1,476	1,346	1,446	1,674	1,886	2,096	2,314	2,532	2,737	2,926
Aportación de los trabajadores al Fondo de Jubilación	1,768	1,632	1,612	1,471	1,355	1,256	1,170	1,092	1,021	951	873
Adeudo del Gobierno Federal	1,462	1,262	636	3,117	-	-	-	-	-	-	-
Pensiones en curso de pago	248,661	269,018	276,174	293,480	312,290	333,751	356,697	381,223	406,724	434,704	464,617
Egresos (2)	636,992	682,958	692,317	720,489	752,853	786,525	821,027	857,051	894,042	933,693	975,905
Servicios de personal	183,279	188,139	191,139	194,069	198,031	202,197	206,452	210,794	215,316	219,925	224,620
Régimen de Jubilaciones y Pensiones	79,607	87,109	85,022	88,911	93,175	96,584	99,438	101,846	103,899	105,828	107,927
Subsidios, ayudas, indemnizaciones y pensiones temporales y provisionales	18,888	19,500	19,703	20,576	21,501	22,510	23,567	24,674	25,833	27,047	28,319
Sumas aseguradas	10,348	10,193	10,976	11,859	12,813	13,844	14,958	16,162	17,462	18,868	20,386
Inversión física	5,155	8,485	9,669	8,199	7,913	7,638	7,373	7,120	6,876	6,640	6,413
Materiales y suministros	57,074	61,425	59,873	60,693	61,349	62,085	62,886	63,767	64,613	65,386	66,237
Servicios generales	38,772	43,979	43,494	46,505	49,374	51,332	52,919	54,593	56,328	58,178	60,115
Operaciones ajenas	-4,959	-4,889	-3,732	-3,804	-3,592	-3,417	-3,262	-3,128	-3,009	-2,883	-2,729
Pensiones en curso de pago	248,828	269,018	276,174	293,480	312,290	333,751	356,697	381,223	406,724	434,704	464,617
Excedente (déficit) (3)=(1)-(2)	24,393	9,326	10,595	16,888	7,573	6,639	7,289	8,448	10,055	11,736	13,430
Incremento en RFA, RGFA y FCOLCLC (4)	14,925	14,903	15,074	13,999	14,191	13,909	13,973	13,864	13,855	13,759	13,950
Excedente (déficit) después de la creación de las reservas (5)=(3)-(4)	9,468	-5,577	-4,479	2,889	-6,619	-7,270	-6,684	-5,415	-3,799	-2,023	-520
Movimientos de la ROCF	-1,823	-1,000	-1,704	-1,641	-1,164	-696	-393	-399	-406	-411	-417
Movimientos del FCOLCLC (Subcuenta 1)	-8	-7	-8	-8	-2	-2	-2	-2	-2	-2	-2
Total Uso de Reservas y Fondo	2,112	8,493	6,191	-	7,785	7,968	7,079	5,816	4,207	2,436	939
Uso de la ROCF	2,112	8,485	6,191	-	7,785	6,356	-	-	-	-	-
Uso de la RFA del SEM	-	8	-	-	-	1,612	7,079	5,816	4,207	2,436	939
Transferencia entre reservas (6)	281	7,485	4,479	-1,649	6,619	7,270	6,684	5,415	3,799	2,023	520
Saldo en RO después de transferencias (7)=(5)+(6)	9,749	-	-	1,240	-						

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

Fuente: Dirección de Finanzas, IMSS.

esfuerzos importantes para contener este comportamiento, como las reformas a la Ley del Seguro Social en 2004 y la suscripción de los respectivos convenios en 2005 y 2008¹⁰, persiste el pasivo laboral. Para el cierre de 2018 se tiene proyectado que la nómina del RJP mostrará un incremento en el gasto de 6.8% en términos reales con respecto al año anterior.

Otro rubro que demanda recursos de manera significativa es el Programa de Inversión Física. En el periodo 2018-2026, se estima un monto de 67,843 millones de pesos, a través del cual, entre otros, se dará impulso a la adquisición de equipo médico especializado de alto costo, que contempla al menos 12 aceleradores lineales, 30 tomógrafos, 13 mastógrafos y equipos de braquiterapia, todos de un alto impacto en la prestación de servicios preventivos y curativos a la población derechohabiente.

Ante la necesidad de ampliar la infraestructura hospitalaria para brindar una mejor atención médica, se

continuará con el proceso de construcción bajo la modalidad APP.

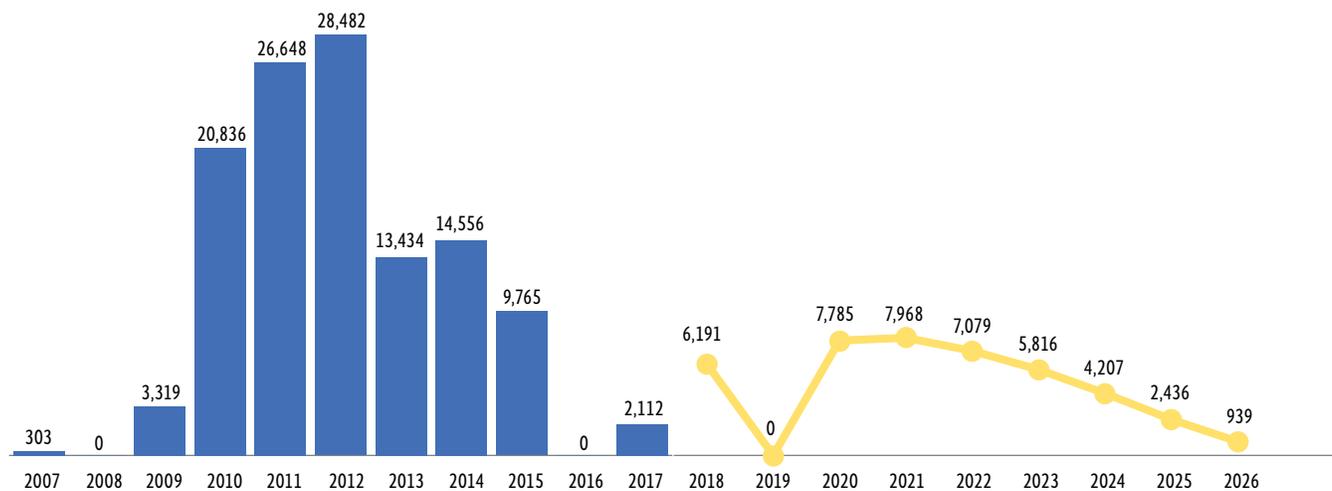
Para alcanzar el equilibrio financiero, en el periodo 2018 a 2026 y con un enfoque de continuidad en la eficiencia y eficacia de los procesos, se proyecta utilizar la Reserva de Operación para Contingencias y Financiamiento con un importe de 20,331 millones de pesos y un Uso de la Reserva Financiera y Actuarial del Seguro de Enfermedades y Maternidad por 22,089 millones de pesos como se muestra en la gráfica I.10.

La gráfica I.11 muestra el comparativo de cómo se ha incrementado el número de años en los que el IMSS será suficiente en sus reservas financieras (ROCF y RFA del SEM).

Las proyecciones financieras de ingresos, gastos, excedentes y fondeo de reservas del modelo financiero a corto plazo de 2018 a 2026 están condicionadas a la disciplina presupuestal, la eficacia en los procesos y a las acciones encaminadas al equilibrio financiero.

¹⁰ Ver Capítulo X para más detalles.

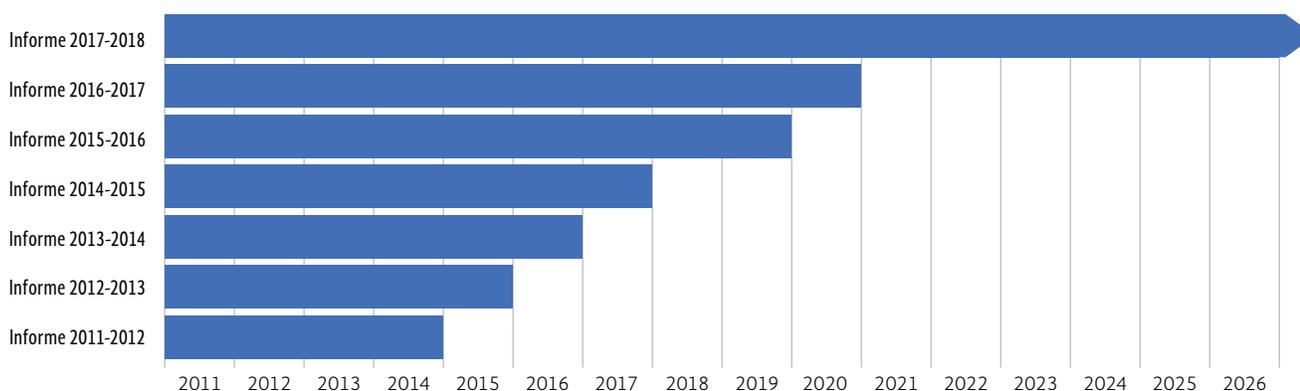
GRÁFICA I.10.
Uso de reservas y Fondo Laboral, y Proyecciones 2018-2026
(millones de pesos de 2018)



Fuente: Dirección de Finanzas, IMSS.

GRÁFICA I.11.

Suficiencia Financiera del IMSS, Informes al Ejecutivo y al Congreso de 2011 a 2018



Fuente: Dirección de Finanzas, IMSS.

I.2.4. Proyecciones financieras de largo plazo

En esta sección se amplía la perspectiva financiera de los resultados obtenidos en el cuadro I.6 sobre la situación financiera global del Instituto hacia el año 2050. En el cuadro I.7 se muestran los principales supuestos utilizados en la proyección de la situación financiera global del Instituto para el periodo 2027-2050.

Esta proyección también considera los siguientes resultados:

- Las proyecciones de la situación financiera global del Instituto en el corto plazo (cuadro I.6).
- Los resultados de las valuaciones actuariales del IMSS al 31 de diciembre de 2017.

La metodología de proyección se desarrolló con base en las principales variables que inciden en cada rubro de ingresos y gastos, por cada ramo de aseguramiento.

Una de las variables más importantes, tanto para la proyección de ingresos como de gastos, es el crecimiento de empleo en el IMSS. La expectativa de aumento de este concepto para el presente ejercicio es ligeramente menor respecto a la del año anterior, 0.2 puntos porcentuales menos; sin embargo, su impacto en los ingresos y los gastos estimados se traduce en una dinámica de crecimiento similar a la reportada en el Informe anterior.

CUADRO I.7.

Principales supuestos en las proyecciones de flujo de efectivo, 2027-2050

Concepto	2027	2030	2035	2040	2045	2050
Crecimiento de empleo en el IMSS (%)	2.63	2.45	2.23	1.90	1.46	0.91
Crecimiento real de salarios de cotización (%)	0.36	0.36	0.36	0.36	0.36	0.36
Días cotizados (promedio)	339	339	339	339	339	339
Crecimiento de salario nominal IMSS (%)	4.61	4.61	4.61	4.61	4.61	4.62
Crecimiento de trabajadores IMSS (%)	1.40	1.34	1.26	1.18	1.12	1.06

Fuente: Dirección de Finanzas, IMSS.

En términos generales, se estima que el Instituto continuará reflejando una mejora en su situación financiera de largo plazo gracias a los resultados obtenidos de las estrategias de contención de gasto e incremento de la productividad.

Resultados hacia el año 2050

En el cuadro I.8 se muestran los resultados obtenidos sobre la proyección de la situación financiera global del Instituto para el periodo 2018-2050, de los cuales destaca lo siguiente:

- Los ingresos por cuotas obrero-patronales y las aportaciones del Gobierno Federal crecerán en términos reales a un ritmo promedio anual de 2.3% y 2.1%, respectivamente.
- El gasto por servicios de personal representa en promedio 45% del gasto operativo del Instituto¹¹. Se estima que este se incrementará a una tasa promedio anual de 3.2% real. Los conceptos de gasto que están directamente asociados al otorgamiento de servicios a la población derechohabiente son materiales y suministros, el cual crecerá a una tasa real de 3.0%, y servicios generales, con un aumento de 3.4%, en términos reales.
- De continuar con la disciplina presupuestal y la tendencia en la eficiencia y eficacia de los procesos, el uso de la reserva del Seguro de Enfermedades y Maternidad podría dar viabilidad al IMSS hasta el año 2030.

¹¹ El gasto operativo no considera el gasto por pensiones en curso de pago.

Comparación de los resultados del Informe actual y del Informe anterior

En el cuadro 1.9 se comparan los resultados financieros de cada seguro que se calcularon tanto en el Informe anterior como en el actual para el periodo 2018-2050, los cuales se miden en términos del valor presente, comparados con el Producto Interno Bruto de cada año¹².

En este último ejercicio, el valor presente del déficit institucional pasó de 6.0% a 4.4% del Producto Interno Bruto. Esta reducción¹³ es el reflejo de la implementación de estrategias de planeación, previsión y prevención, así como el logro de objetivos en el uso eficiente del gasto y en la mejora en la recaudación, pero sobre todo, la disciplina presupuestal. Con esto se han aumentado las capacidades financieras y productivas del Instituto en el marco de una nueva visión de gestión institucional. Estas políticas no solo han reducido los riesgos en las finanzas, sino que han operado en congruencia con la complejidad de los desafíos actuales en materia epidemiológica, envejecimiento poblacional y de incertidumbre económica.

En la gráfica I.12 se muestra que, de 2012 a 2018, el valor presente del déficit global del Instituto como porcentaje del PIB se redujo casi a la mitad al pasar de 8.7% a 4.4%. Este resultado es producto de una estricta disciplina financiera, aunado a una visión innovadora en la gestión del Instituto, impulsados en la presente Administración.

Con estos avances en los resultados financieros, el IMSS ha transitado de una etapa de saneamiento a una nueva época de fortaleza financiera en la que el Instituto podrá continuar haciendo frente a los desafíos para garantizar las prestaciones médicas, económicas y sociales de la población trabajadora y de sus familias, lo cual es un elemento clave para el desarrollo del país.

¹² Para el cálculo del valor presente se considera una tasa de descuento de 3.0% anual. Para fines de comparación se considera el Producto Interno Bruto de 2017 estimado igual a 20'300,300 millones de pesos y el Producto Interno Bruto estimado para 2018 es de 22'831,900 millones de pesos, de acuerdo con los Criterios Generales de Política Económica 2017 y 2018.

¹³ En esta comparación el denominador de la relación es mayor y se contempla un año menos en el periodo, por lo tanto la relación del déficit contra el Producto Interno Bruto se reduce.

CUADRO I.8

Presupuesto 2018 y proyecciones de flujo de efectivo 2018-2050^{1/, 2/}

(millones de pesos de 2018)

Concepto	Ppto. ^{3/} 2018	Cierre 2018	2019	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050
Ingresos (1)	692,284	702,912	737,377	760,425	945,430	1,139,361	1,345,896	1,494,115	1,526,523	1,501,022
Cuotas obrero-patronales	309,302	313,653	323,316	331,517	379,383	434,661	492,931	551,303	604,802	647,264
Aportaciones del Gobierno Federal	91,321	91,321	94,184	96,606	110,755	125,762	140,978	155,864	169,037	178,849
Otros ingresos ^{4/}	21,011	20,152	24,926	18,658	19,637	22,074	24,199	26,744	29,062	31,141
Pensiones en curso de pago	269,018	276,174	293,480	312,290	434,704	556,399	687,726	760,185	723,612	643,762
Otros ^{5/}	1,632	1,612	1,471	1,355	951	466	62	19	10	6
Egresos (2)	682,958	692,317	720,489	752,853	933,693	1,143,573	1,385,061	1,573,724	1,662,178	1,715,725
Servicios de personal	188,139	191,139	194,069	198,031	219,925	253,271	302,074	360,928	432,041	518,230
Régimen de Jubilaciones y Pensiones	87,109	85,022	88,911	93,175	105,828	118,491	123,741	117,921	109,144	95,046
Subsidios y ayudas	16,450	16,548	17,306	18,110	22,950	25,207	28,776	32,421	35,833	38,638
Pensiones temporales y provisionales	2,437	2,542	2,637	2,738	3,324	6,157	8,317	10,612	12,690	14,348
Indemnizaciones y laudos	614	614	633	653	773	1,165	1,569	2,044	2,568	3,106
Sumas aseguradas	10,193	10,976	11,859	12,813	18,868	32,199	52,448	76,598	96,916	115,594
Inversión física	8,485	9,669	8,199	7,913	6,640	6,413	6,413	6,413	6,413	6,413
Materiales y suministros	61,425	59,873	60,693	61,349	65,386	77,321	93,491	111,385	131,351	152,215
Servicios generales	43,979	43,494	46,505	49,374	58,178	68,996	81,809	96,039	111,809	128,375
Pensiones en curso de pago	269,018	276,174	293,480	312,290	434,704	556,399	687,726	760,185	723,612	643,762
Otros gastos ^{6/}	-4,889	-3,732	-3,804	-3,592	-2,883	-2,047	-1,303	-823	-197	-3
Excedente (déficit) de operación del año (3)=(1)-(2)	9,326	10,595	16,888	7,573	11,736	-4,212	-39,164	-79,609	-135,655	-214,703
Incremento en RFA, RGFA y FCOLCLC (4)	14,903	15,074	13,999	14,191	13,759	13,221	13,240	14,457	15,552	17,149
Excedente (déficit) después de la creación de las reservas (5)=(3)-(4)	-5,577	-4,479	2,889	-6,619	-2,023	-17,434	-52,405	-94,067	-151,207	-231,852
Movimientos de la ROCF ^{7/}	-1,000	-1,704	-1,641	-1,164	-411	-443	-477	-513	-553	-595
Movimientos de la Subcuenta 1 del FCOLCLC ^{7/}	-7	-8	-8	-2	-2	-2	-1	-1	-1	-1
Total Uso de Reservas y Fondo	8,493	6,191	-	7,785	2,436	17,878	-	-	-	-
Uso del FCOLCLC	8,485	6,191	-	7,785	-	-	-	-	-	-
Uso de la RFA del SEM	8	-	-	-	2,436	17,878	-	-	-	-
Transferencia neta entre reservas (6)	7,485	4,479	-1,649	6,619	2,023	17,434	-478	-514	-554	-596
Excedente (déficit) en RO después de usos y transferencias de reservas (7)=(5)+(6)	-	-	1,240	-	-	-	-52,883	-94,581	-151,761	-232,448

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

^{2/} Las cifras del periodo 2018 -2026 corresponden a las del cuadro I.6, a partir de las cuales se proyectó el flujo de efectivo para el largo plazo (2027-2050).

^{3/} Presupuesto 2018 del IMSS y Reporte de la Dirección General, diciembre de 2017.

^{4/} Incluye Otros Ingresos, Productos Financieros, Recuperación adeudo RJP IMSS-PROSPERA y Adeudos del Gobierno Federal.

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

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

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

Fuente: Dirección de Finanzas, IMSS.

CUADRO I.9.

Estimación del valor presente del superávit o déficit de los seguros, acumulado y su relación con el Producto Interno Bruto

Tipo de seguro	Informe 2016-2017		Informe 2017-2018	
	Superávit/déficit acumulado 2017-2050 ^{1/}	% PIB 2016 (PIB estimado)	Superávit/déficit acumulado 2018-2050 ^{2/}	% PIB 2018 (PIB estimado)
Seguros deficitarios:				
Seguro de Enfermedades y Maternidad	-2,243,062	11.0	-2,136,682	9.4
Asegurados	-781,792	3.9	-702,250	3.1
Pensionados	-1,461,269	7.2	-1,434,432	6.3
Seguro de Salud para la Familia	-210,016	1.0	-182,033	0.8
Seguros superavitarios:				
Seguro de Guarderías y Prestaciones Sociales	16,264	0.1	16,768	0.1
Seguro de Riesgos de Trabajo	437,868	2.2	443,422	1.9
Seguro de Invalidez y Vida	781,568	3.9	854,769	3.7
Total	-1,217,378	6.0	-1,003,757	4.4

^{1/} Cifras expresadas en millones de pesos de 2017.

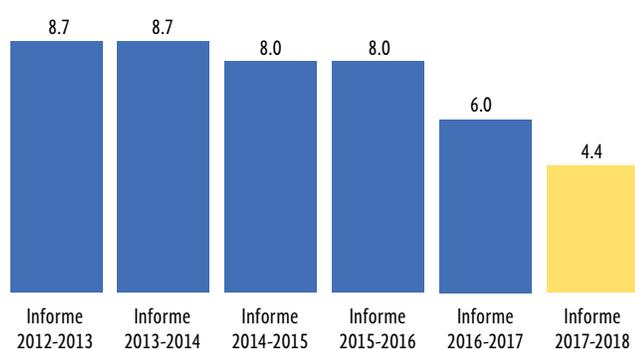
^{2/} Cifras expresadas en millones de pesos de 2018.

Fuente: Dirección de Finanzas, IMSS.

GRÁFICA I.12.

Valor presente del déficit global acumulado del IMSS, Informes al Ejecutivo y al Congreso de 2012 a 2018

(% del PIB de cada año)



Fuente: Dirección de Finanzas, IMSS.

El cambio positivo en la perspectiva financiera del Instituto es gracias a las políticas instrumentadas desde el inicio y durante la presente Administración:

- Mejora en la recaudación de ingresos por una mayor fiscalización, auditoría a patrones, incremento en la afiliación y un mayor cumplimiento de las obli-

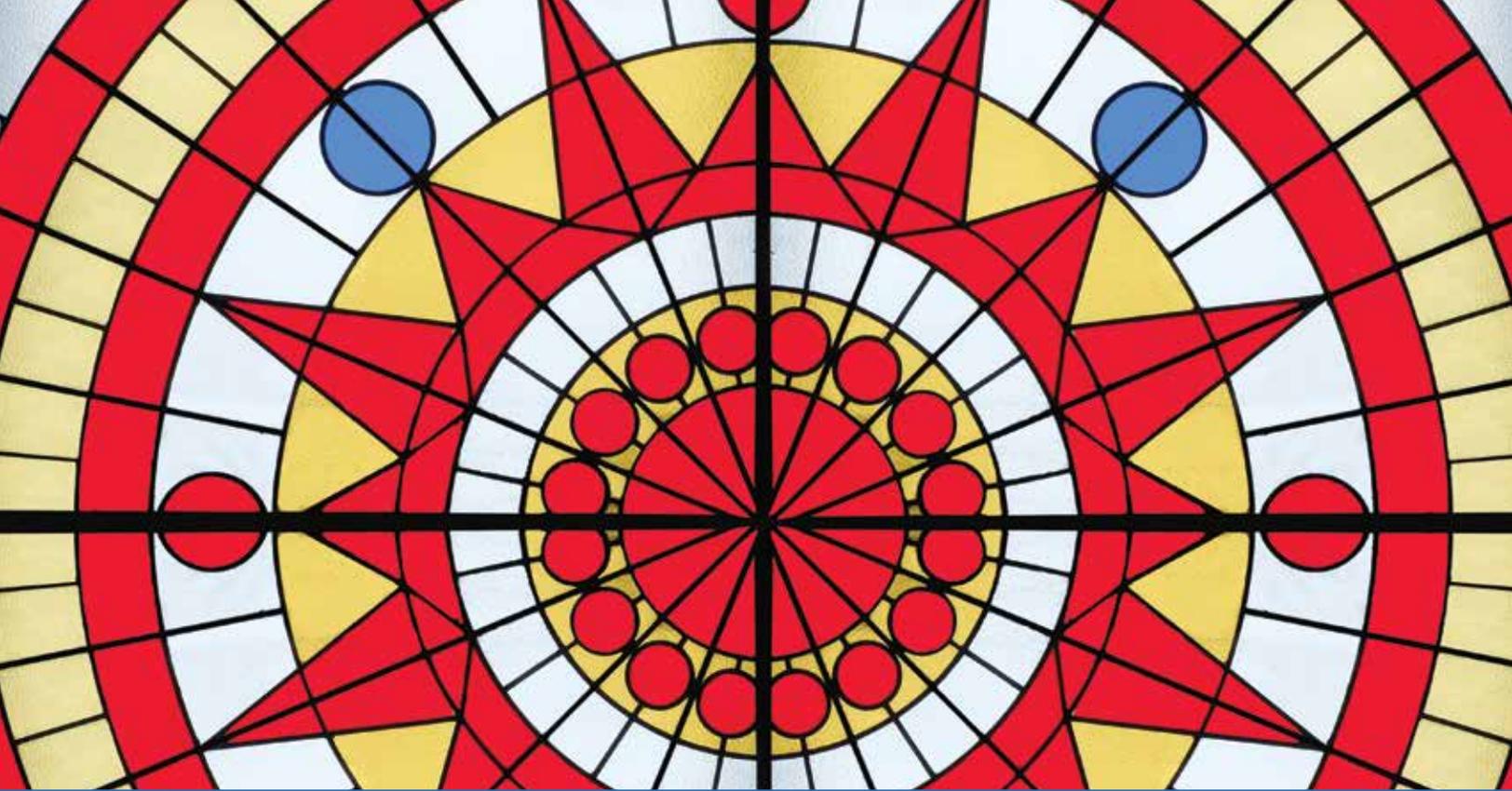
gaciones obrero-patronales.

- Asignación estratégica de activos financieros y diversificación de la cartera de inversión con tasas de rendimiento competitivas para el mayor rendimiento de los recursos de las distintas reservas institucionales.
- Control y disciplina presupuestal en la gestión eficiente de los rubros de gasto de materiales y suministros, y servicios generales, que están directamente relacionados con la operación institucional.
- Eficiencia en los procesos de pago bancario bajo un esquema de conexión directa entre las bases de datos de los bancos y el IMSS, mejorando operativamente la programación de flujo de efectivo.
- Obtención de economías derivadas de las Compras Consolidadas de medicamentos, vacunas y material de curación, al poder negociar mejores precios y garantizar el abasto oportuno a la población usuaria.
- Ahorros por la contratación plurianual de servicios de amplia demanda: servicios integrales en tera-

pias renales y servicios de laboratorio clínico, banco de sangre y cirugía de mínima invasión.

- Ampliación de opciones de contratación en materia de inversión física con la aplicación de un nuevo esquema de financiamiento que incorpora la Ley de Asociaciones Público Privadas.
- Mejora en el cumplimiento de los compromisos de pago contraídos con la proveeduría para alcanzar un nivel óptimo de pasivos.
- Aprobación por el H. Consejo Técnico del IMSS de las “Políticas y Directrices para la Sustentabilidad Financiera del IMSS”, las cuales establecen las bases para garantizar una administración de los recursos eficiente, ordenada y con una visión de largo plazo.

Los resultados alcanzados por estas políticas en los últimos 5 años se han reflejado, en la última instancia, en la mejora en la atención médica y en la prestación de los servicios que otorga el IMSS a sus derechohabientes. Es por esto que se mantiene vigente el compromiso para dar continuidad y consolidar las estrategias y mecanismos de planeación que le permitan seguir brindando tranquilidad a la población derechohabiente desde su nacimiento, juventud, durante su vida laboral y hasta su vejez y muerte.



Ingresos y Aseguramiento en el IMSS

Capítulo II

En este capítulo se presentan las principales acciones realizadas en materia de incorporación y recaudación, con las cuales se ha mejorado la calidad y calidez de los servicios, así como contribuido al saneamiento financiero del Instituto. En 2017, se alcanzaron nuevamente niveles históricos en materia de afiliación con crecimientos por arriba de lo que crece la economía y se avanzó en la aplicación del Modelo Integral de Fiscalización, con resultados favorables, ya que con un menor número de actos de autoridad se obtuvieron ingresos extraordinarios por 13.8 mil millones de pesos, derivados de una mayor eficiencia recaudatoria, así como una mejor fiscalización y cobranza; una recaudación extraordinaria similar a la obtenida en 2016.

Estas acciones, al igual que el año pasado, se han traducido en niveles de ingreso obrero-patronal superiores a las metas previstas. En 2017, pese a que las proyecciones de recaudación se calcularon con un crecimiento económico esperado de 2.5%, y la cifra observada fue de 2%, se superó en 8,500 millones de pesos la meta de ingresos contemplada en la Ley de Ingresos de la Federación; el segundo mayor superávit en lo que va de esta Administración. Con lo anterior, el excedente alcanzado durante los primeros 5 años de la actual

Administración asciende a 22,700 millones de pesos, cifra que, para ponerla en perspectiva, equivale a más de 4 veces lo que el Instituto invertirá en infraestructura médica en 2018. Este ingreso acumulado en 5 años equivale a un crecimiento de 47.9% nominal y 22.3% real, lo que contrasta con lo reportado en el mismo periodo de la Administración anterior, de 10.4% real.

En materia de generación de empleo formal afiliado al IMSS, el año 2017 fue significativo, pues se observó el mejor aumento anual reportado desde 1997 y con ello se continuó con niveles históricos por quinto año consecutivo, creciendo por arriba de la economía y alcanzando en lo que va de la presente Administración, del 1° de diciembre de 2012 al 30 de abril de 2018, una creación de prácticamente 3.6 millones de empleos (3'579,170 empleos formales). Esta es la mayor creación reportada desde que se tenga registro, 2.1 veces lo creado en el mismo periodo de la anterior Administración (1'724,845), e incluso es superior a los empleos creados en los 12 años completos de las 2 administraciones pasadas (3'517,422).

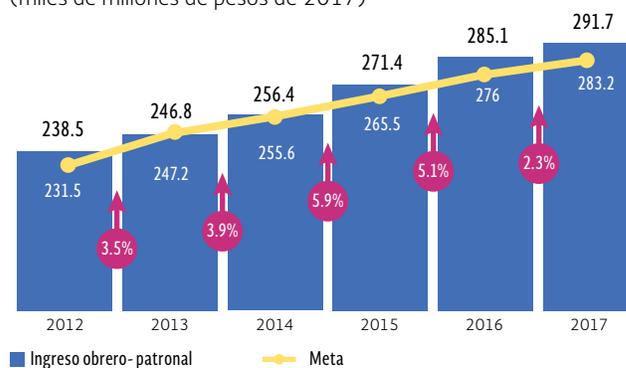
II.1. Ingresos del IMSS

Por quinto año consecutivo, los ingresos obrero-patronales del IMSS (incluyendo IMSS-Patrón)¹⁴ presentaron un comportamiento favorable. En los primeros 4 años de esta Administración, pese a que se consideraron supuestos de crecimiento económico para la elaboración de las metas de ingreso superiores a lo observado, se cumplió con la meta de la Ley de Ingresos de la Federación, con un superávit de 14,244 millones de pesos durante estos 4 años¹⁵. En el quinto año, al cierre de 2017, se alcanzó una recaudación de 291,705 millones, lo que significó un superávit de 8,463 millones de pesos, el segundo mayor en lo que va de la Administración.

¹⁴ El ingreso obrero-patronal (incluyendo IMSS-Patrón) refiere a lo recaudado por el IMSS por cuotas obrero-patronales (recuperación de cartera y mora e ingresos por fiscalización), capitales constitutivos e IMSS como patrón. Se excluyen derivados de cuotas (multas, recargos, actualizaciones y gastos de ejecución) y comisiones por servicios de Afores e INFONAVIT.

¹⁵ Superávit refiere a la variación positiva respecto a la meta.

GRÁFICA II.1.
Ingreso obrero-patronal del IMSS real (incluye IMSS-Patrón) y meta de la Ley de Ingresos de la Federación, 2012-2017¹⁷
(miles de millones de pesos de 2017)



¹⁷ La meta de recaudación corresponde a la aprobada en la Ley de Ingresos de la Federación.

Fuente: Dirección de Finanzas, IMSS.

El ingreso de 2017 es 22,861 millones de pesos superior al alcanzado en 2016, equivalente a un crecimiento de 8.5% nominal y 2.3% real (gráfica II.1)¹⁶, y 94,504 millones superior a lo recaudado en 2012 (53,220 millones en términos reales), equivalente a un crecimiento de 47.9% nominal y 22.3% real. Este crecimiento en los primeros 5 años de la actual Administración contrasta con lo reportado en la Administración anterior de 10.4% real, considerando el mismo periodo (gráfica II.2).

Como se ha mencionado y analizado en Informes pasados, esta situación favorable en la recaudación del Instituto es producto de diversos factores, dentro de los que destacan: i) el acelerado proceso de formalización del empleo; ii) la simplificación y digitalización de trámites, y iii) la implementación de un Modelo Integral de Fiscalización, entre otros.

II.1.1. Formalización del empleo

El ingreso obrero-patronal del IMSS está en función de la evolución del empleo afiliado y del salario base de

¹⁶ La disminución en la tasa de crecimiento real del ingreso es resultado del incremento de la inflación observado en 2017, que pasó de niveles de 3.5% en promedio de 2012-2016 a 6.8% al cierre de dicho año.

cotización, fenómenos, a su vez, asociados a los ciclos económicos.

Tradicionalmente en México, la relación entre la creación de empleos formales y el crecimiento económico, medido con base en el Producto Interno Bruto (PIB) del país, era uno a uno (elasticidad empleo-producto igual a la unidad¹⁷). Esto es, un crecimiento de 1% en el PIB incrementaba la afiliación del IMSS en el mismo porcentaje, situación que se modificó a partir del año 2013, cuando el aseguramiento en el Instituto creció por arriba de la economía.

Entre 2013 y 2016 se reporta una creación promedio anual de cerca de 640 mil empleos asegurados, equivalente a una tasa anual promedio de 3.8%. Para 2017, la formalización del empleo presentó el mejor aumento anual reportado desde 1997, con una generación de empleo afiliado al IMSS de más de 801 mil puestos de trabajo, equivalente a una tasa de 4.3%, cuando la economía creció en 2%. Con lo anterior, destaca el aumento en la elasticidad empleo-producto que pasó de 1.4 en 2016 a 2.1 en 2017 (gráficas II.3 y II.4).

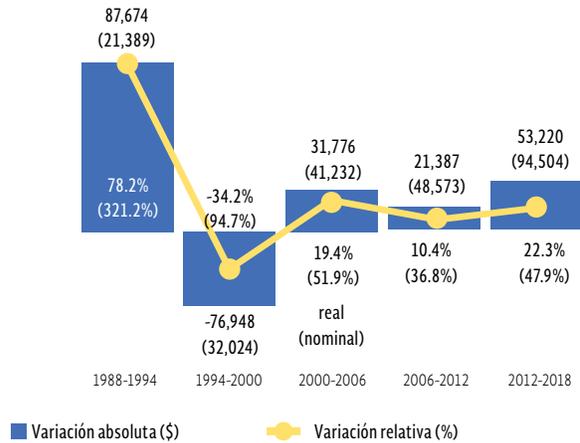
En lo que va de 2018, la afiliación al IMSS mantiene su comportamiento favorable. La creación mensual de empleo durante abril de 2018 fue de 87,109 puestos. Este es el segundo mayor aumento reportado en un mes de abril desde que se tiene registro; y durante los primeros 4 meses de 2018 se crearon 455,651 empleos. Se trata del mayor aumento para un cuatrimestre del año desde que se tiene registro.

Con lo anterior, se tiene que durante la presente Administración, del 1° de diciembre de 2012 al 30 de abril de 2018, se han creado prácticamente 3.6 millones de empleos en lo que va de la actual Administración (3'579,170). Este aumento es 2.1 veces mayor que lo creado en el mismo periodo de la anterior Administración (1'724,845), e incluso es superior a los empleos

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

GRÁFICA II.2.

Variación en ingreso obrero-patronal del IMSS (incluye IMSS-Patrón) en los primeros 5 años de la actual y anteriores Administraciones¹⁷ (millones de pesos de 2017 y porcentaje)

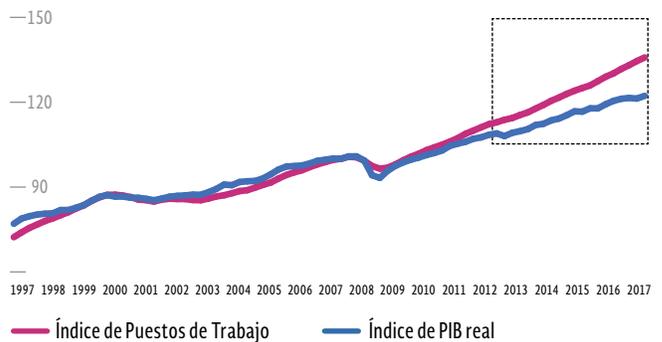


¹⁷ No se incluyen administraciones anteriores a 1988-1994, ya que no se dispone de cifras de ingreso obrero-patronal anteriores a 1986. Se considera el 1° de enero como inicio de sexenio (por ejemplo, en la Administración 2012-2018 se considera el periodo del 1° de enero de 2013 al 31 de diciembre de 2017).

Fuente: Dirección de Finanzas, IMSS.

GRÁFICA II.3.

Producto Interno Bruto real y puestos de trabajo de IMSS, 1997-2017¹⁷ (índice base 2008=100, cifras trimestrales)

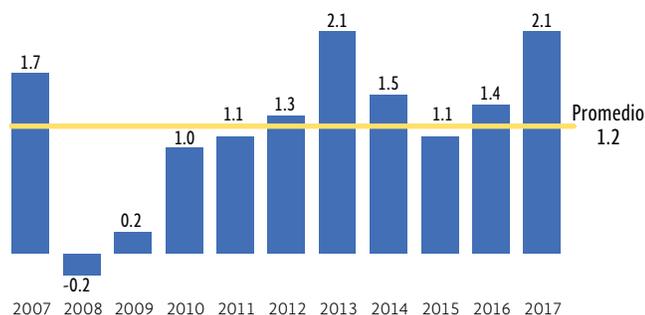


¹⁷ PIB: Producto Interno Bruto (base 2013) con cifras del tercer trimestre de 1997 al cuarto trimestre de 2017 y puestos de trabajo refiere al cierre de trimestre.

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

GRÁFICA II.4.

Elasticidad entre los puestos de trabajo en el IMSS y el Producto Interno Bruto real, 2007-2017^{1/}



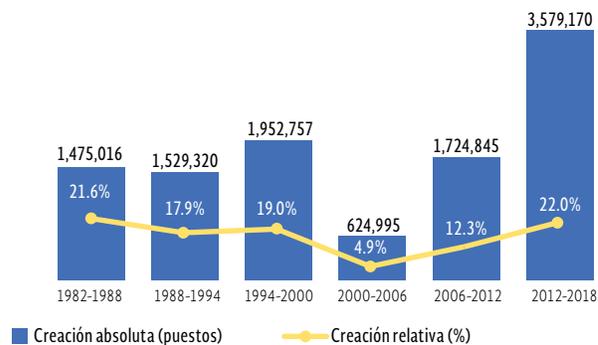
^{1/} La elasticidad empleo-producto se mide como la razón de la variación anual de diciembre de cada año del empleo en el IMSS y la variación anual promedio del Producto Interno Bruto (base 2013), con cifras del primer trimestre de 2007 al cuarto trimestre de 2017.

PIB: Cifras del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), revisadas el 19 de marzo de 2018.

Fuente: Dirección de Incorporación y Recaudación, IMSS.

GRÁFICA II.5.

Creación de puestos de trabajo en el IMSS en los primeros 5 años y 5 meses de la actual y anteriores Administraciones^{1/}



^{1/} No se incluyen administraciones anteriores a 1982-1988, ya que no se dispone de cifras mensuales de empleo anterior a enero de 1982. Entre enero de 1982 y junio de 1997 la metodología de cálculo de la cifra de empleo afiliado al IMSS difiere de la metodología actual, e incluía una parte estimada. Se considera el 1° de diciembre como inicio del sexenio (por ejemplo, en la Administración de 2012-2018 se considera el periodo del 1° de diciembre de 2012 al 30 de abril de 2018).

Fuente: Dirección de Incorporación y Recaudación, IMSS.

creados en los 12 años completos de las 2 Administraciones pasadas (3'517,422) (gráfica II.5).

En los últimos 5 años, las actividades económicas que más aportaron a esta situación favorable en la afiliación del IMSS son transformación y construcción. Estos sectores representan más de la tercera parte del empleo total asegurado en el Instituto. Con una menor participación, de cerca de 15%, también destacan los sectores servicios sociales y comunales, y agropecuario (gráfica II.6).

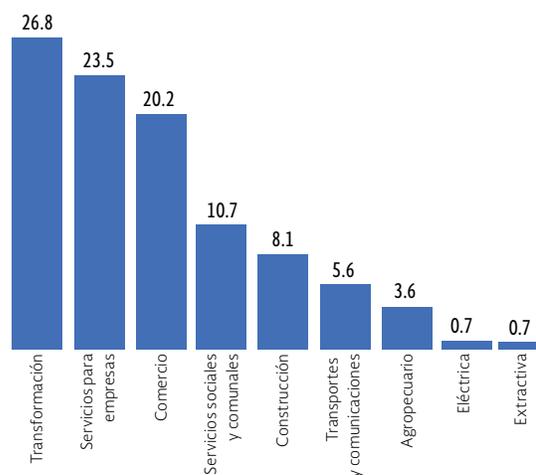
Este fenómeno de formalización del empleo refiere a plazas de tipo permanente, asociadas a mejores salarios y a contratos por tiempo indeterminado con mayor permanencia en el IMSS.

Asimismo, se observa que las empresas grandes son las que más han impulsado la formalización laboral, mostrando las elasticidades más altas (gráfica II.7).

Finalmente, son las regiones del sur, norte y occidente donde mejores resultados se han presentado en términos de generación de empleo formal en los últimos 5 años y comparando con su actividad económica

GRÁFICA II.6.

Distribución de los puestos de trabajo en el IMSS por sector o actividad económica(a), 2017 (porcentajes, cifras al cierre de año)

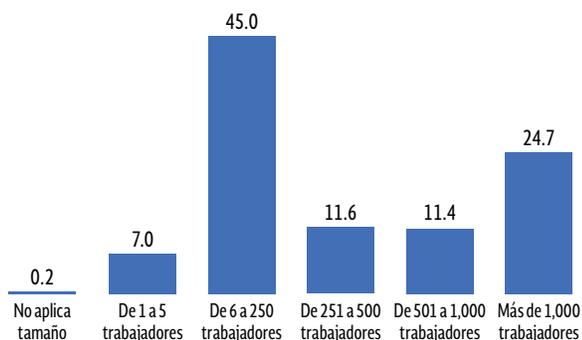


Fuente: Dirección de Incorporación y Recaudación, IMSS.

GRÁFICA II.7.

Distribución de los puestos de trabajo registrados en el IMSS por tamaño de empresa, 2017¹⁷

(porcentajes, cifras al cierre de año)



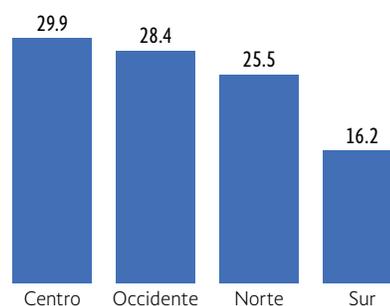
¹⁷ No aplica tamaño refiere a las modalidades de incorporación voluntaria del campo al Régimen Obligatorio (modalidad 43) y trabajadores independientes (modalidad 44); un total de 46,276 afiliaciones.

Fuente: Dirección de Incorporación y Recaudación, IMSS.

GRÁFICA II.8.

Distribución de los puestos de trabajo en el IMSS por región geográfica, 2017

(porcentajes, cifras al cierre de año)



Fuente: Dirección de Incorporación y Recaudación, IMSS.

(gráfica II.8)¹⁸. Sobresalen los estados del sur que, aunque presentan una creación de empleo por debajo del promedio nacional, superan el bajo crecimiento económico de la región, incluso negativo en algunos años y resultado, en parte, por la crisis petrolera.

II.1.2. Simplificación y digitalización de trámites

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

¹⁸ La región centro incluye a la Ciudad de México, Querétaro, Guerrero, Morelos y Estado de México; la región norte incluye a Aguascalientes, San Luis Potosí, Chihuahua, Zacatecas, Nuevo León, Tamaulipas, Coahuila y Durango; la región occidente incluye a Guanajuato, Baja California Sur, Sinaloa, Jalisco, Colima, Sonora, Baja California, Nayarit y Michoacán, y la región sur incluye a Hidalgo, Tabasco, Quintana Roo, Yucatán, Oaxaca, Puebla, Campeche, Tlaxcala, Chiapas y Veracruz. Distribución regional con base en la clasificación de las entidades de adscripción al IMSS.

servicios y al mismo tiempo sanear financieramente a la institución.

El área de Incorporación y Recaudación ha sido punta de lanza en este tema, pues redujo a más de la mitad el número de trámites que tiene registrados ante la Comisión Federal de Mejora Regulatoria (COFEMER), de 56 a 23, y de los 18 trámites digitalizados en el IMSS, 16 de ellos refieren a servicios en materia de incorporación¹⁹.

Esta simplificación regulatoria sin precedente ha logrado disminuir los tiempos y costos que los patronos y ciudadanos invierten en realizar trámites relacionados con su afiliación y el pago de contribuciones,

¹⁹ Los 16 trámites en el área de Incorporación y Recaudación son: solicitud de registro y actualización de derechohabientes, solicitud de asignación o localización del Número de Seguridad Social, solicitud de constancia de semanas cotizadas, alta patronal e inscripción en el Seguro de Riesgos de Trabajo o reanudación de actividades, solicitud de Constancia de Vigencia de Derechos para recibir servicios médicos, aviso de movimientos de afiliación de trabajadores, incorporación al Seguro de Salud para la Familia, solicitud de inscripción en la continuación voluntaria en el Régimen Obligatorio, incorporación voluntaria al Régimen Obligatorio del Seguro Social, gestión del registro patronal único, asignación de número patronal de identificación electrónica (NPIE) y certificado digital, cancelación de número patronal de identificación electrónica (NPEI) y certificado digital, modificaciones al esquema de control de matriz y sucursales, modificaciones en el Seguro de Riesgos de Trabajo, presentación de la determinación anual de la prima en el Seguro de Riesgos de Trabajo y solicitud de regularización y/o corrección de datos personales del asegurado.

lo que a su vez ha tenido efectos positivos en la formalización del empleo y en el entero de cuotas. De 2013 a 2017 se han realizado más de 217 millones de trámites de forma digital, lo que ha representado un ahorro de 9,300 millones de pesos en costos de oportunidad para los derechohabientes del IMSS²⁰. El número de veces que cada trámite digitalizado es realizado, así como los ahorros asociados, se detallan en el Capítulo XI.

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

- Sistema de Pago Referenciado (SIPARE), herramienta digital que agilizó el pago de contribuciones en Internet mediante la implementación de líneas de captura. Al cierre de 2017 las transacciones en línea relativas al pago de cuotas representan 90% de lo que se recauda en el IMSS por cuotas obrero-patronales.
- Solicitud de asignación o localización del Número de Seguridad Social (NSS), que anteriormente exigía la visita de los derechohabientes a una subdelegación del IMSS en al menos una ocasión y la resolución del trámite podía tomar hasta 4 horas, actualmente puede realizarse completamente en línea, a través de Internet, en pocos minutos.
- Solicitud de registro y actualización de derechohabientes, entre ellos destacan el registro de asegurados y pensionados en clínica y el cambio de clínica. Con esta medida, se han evitado visitas a las instalaciones del IMSS, por lo que el personal ahora puede dedicarse a atender mejor y de manera más expedita a otros derechohabientes.
- Eliminación de la solicitud de certificado de baja para el retiro por desempleo, implementando, en sustitución, una constancia digital que permite certificar en línea las solicitudes, y la persona que

desafortunadamente pierda su empleo ya no tiene que acudir al IMSS, sino que únicamente debe presentarse ante su Afore, la cual, de manera remota, consulta el derecho de la persona para tramitar el retiro por desempleo.

- Solicitud de regularización y/o corrección de datos personales del asegurado. A través de esta mejora, los trabajadores asegurados al IMSS podrán corregir los errores que existen en su CURP, nombre, fecha de nacimiento, entidad de nacimiento y sexo. Antes, este trámite exigía que los trabajadores asistieran al menos 3 veces a nuestras instalaciones para hacer la corrección y el tiempo de respuesta era de 40 días hábiles. Ahora, los trabajadores pueden realizarlo a través de Internet, las 24 horas del día, los 365 días del año, y el tiempo de respuesta a su solicitud es de 3 días.

Los esfuerzos de simplificación en el área de Incorporación y Recaudación no se limitaron a la digitalización de los trámites registrados ante la COFEMER, también se pusieron a disposición de los patrones y ciudadanos servicios adicionales de alto impacto. Destacan 3 de ellos: el Comprobante Fiscal Digital, la Opinión de Cumplimiento de Obligaciones Fiscales en Materia de Seguridad Social, y la Consulta de Riesgos de Trabajo Terminados²¹:

- Se puso a disposición de los patrones la obtención del Comprobante Fiscal Digital correspondiente al pago de las cuotas obrero-patronales, sin el cual los pagos no son deducibles para el impuesto sobre la renta. Desde la liberación de este trámite a mediados de 2014 y hasta diciembre de 2017, se han timbrado alrededor de 42.5 millones de comprobantes fiscales digitales.
- Se puso a disposición de los derechohabientes la Constancia de Vigencia de Derechos frente al Ins-

²⁰ Este ahorro se estima con base en el costo que representa la carga administrativa por la cual un ciudadano tiene que pasar para realizar un trámite, así como el costo de oportunidad en términos del tiempo que se deja de destinar a actividades productivas y el costo financiero incurrido por la realización de las actividades.

²¹ Otras mejoras, descritas en Informes de años anteriores, refieren a la consulta de estados de adeudo en línea y a la contratación de seguros voluntarios e incorporación voluntaria (RISS) también en línea.

tituto en línea y a partir de marzo de 2016, en la App IMSS Digital. Acreditar esta vigencia es de gran importancia, ya que es la puerta de entrada para recibir los servicios de seguridad social del Instituto. Anteriormente, este trámite se realizaba de manera presencial, requiriendo la intervención de varios servidores públicos, actualmente se puede realizar en línea, y debido a que esta constancia cuenta con cadena original, sello digital, secuencia notarial y número de serie, tiene validez oficial.

- Se simplificó el trámite de obtención de la Opinión de Cumplimiento de Obligaciones Fiscales en Materia de Seguridad Social, la cual deben presentar los patrones que deseen contratar con la Administración Pública Federal, Centralizada y Paraestatal, así como con la Procuraduría General de la República. Durante 2015-2016 fueron emitidas cerca de 500 mil opiniones de cumplimiento en materia de seguridad social. De enero a diciembre de 2017 se emitieron más de 530 mil opiniones; para alcanzar al 31 de diciembre de 2017, poco más de un millón de opiniones (1'029,046).
- Consulta de Riesgos de Trabajo Terminados o Notificación a patrones de los siniestros de sus trabajadores. Anteriormente, el aviso al sector patronal del probable accidente o enfermedad de trabajo se efectuaba a través de SEPOMEX, lo que en algunos casos generaba desfases en la recepción y con ello el desconocimiento de los patrones para determinar su prima con la que cubren sus cuotas en el Seguro de Riesgos de Trabajo. A partir de 2016, esta consulta se realiza en línea a través de IMSS Desde su Empresa (IDSE).

Finalmente, en lo que resta de 2018 se continuará con las acciones para desarrollar herramientas informáticas que faciliten el cumplimiento de obligaciones y su verificación, como:

- Dictamen de cumplimiento de obligaciones de seguridad social. Este trámite se recibe en papel y

los movimientos afiliatorios asociados se hacen de forma presencial. El objetivo es que este dictamen se haga electrónico, lo que generará ahorros en papel y copias de 15 mil dictámenes al año.

- Simplificación de los registros de obra de la construcción. Actualmente, los patrones que realizan una obra dan 5 avisos al IMSS, con 650 campos de información. Con la simplificación se busca disminuir a 1 aviso con menos de 50 campos, con lo que se beneficiará a los 140 mil patrones con registro de obra al año.
- Implementar la consulta de semanas cotizadas y la corrección en línea de los datos del asegurado.

II.1.3. Nuevo Modelo Integral de Fiscalización

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

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

- i) Con el objetivo de mejorar la programación y planeación de los actos de auditoría y cobro, se implementó un nuevo modelo de riesgos que permite identificar los riesgos de evasión atendiendo a los tipos y tamaño de patrones, su ubicación geográfica, sector, industria, tipo de empleado o composición salarial, entre otros elementos.
- ii) Se fortaleció la coordinación con distintas autoridades, lo que ha permitido llevar a cabo cruces de información, entre otras instituciones, con el Servicio de Administración Tributaria (SAT), el Instituto del Fondo Nacional de la Vivienda para los Trabajadores (INFONAVIT) y la Secretaría del Trabajo y Previsión Social (STPS). Estos cruces han permitido

contar con mejor información para dirigir los actos de fiscalización y cobranza a los sectores y empresas que cometen abusos y prácticas agresivas de evasión en el pago de contribuciones de seguridad social. Destacan dos convenios de colaboración:

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

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

iv) Se mejoró la administración y priorización de los actos de fiscalización, por medio de la implementación del Procedimiento Único para la Generación de Propuestas de Fiscalización (AdPro). Ahora, los actos de fiscalización se emiten a partir de reglas parametrizables y análisis de riesgo y costo-beneficio, considerando la capacidad operativa de cada unidad administrativa.

v) A través del Administrador de Consultas (AdCon) y el Sistema de Normatividad de la Dirección de Incorporación y Recaudación, sistemas liberados

durante la presente Administración, se mejoró de manera sustancial la atención a las consultas normativas de las áreas operativas de Cobranza y Auditoría a Patrones, así como la difusión del marco normativo que regula la gestión en materia de incorporación y recaudación.

vi) Se realizan acciones diferenciadas en función del tipo de patrón y la irregularidad detectada, promoviendo el cumplimiento voluntario de los patrones.

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

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

- En 2014 se inició el proceso de atención centralizada de los grandes patrones, de manera coordinada con las áreas normativas y las subdelegaciones del Instituto.
- En abril de 2014 se implementó un esquema de seguimiento a nivel central de los principales procedimientos en materia fiscal relacionados con la atención a las grandes empresas, para asegurar que estos se lleven a cabo con altos estándares de servicio y evitar que se generen actos improcedentes.
- Se establecieron nuevos criterios internos que permiten a las áreas operativas enfocar y priorizar adecuadamente las revisiones que realizan, y disminuir los actos de molestia a los patrones cumplidos.
- Se liberó el Sistema de Notificaciones por Estrados Electrónicos, que permite a las subdelegaciones del IMSS cumplir de manera ágil con la formalidad establecida por el Código Fiscal de la Federación para las notificaciones por esta vía, y facilita a los patrones su consulta a través de Internet. Hasta diciembre de 2017 se realizaron alrededor de

577 mil notificaciones por este sistema.

- El 15 de diciembre de 2014 inició la operación del Centro de Contacto de Cobranza IMSS, un nuevo esquema de servicio en el que se orienta al patrón sobre sus créditos vigentes y se le ofrecen alternativas de atención, aclaración o pago, con el propósito de facilitar su cumplimiento voluntario. Al cierre de 2017, más de 118 mil patrones regularizaron su situación fiscal a través de este servicio, que inició operaciones en la presente Administración, lo que generó una recaudación de más de 646 millones de pesos, con un costo-beneficio de 46 pesos recuperados por cada peso invertido.

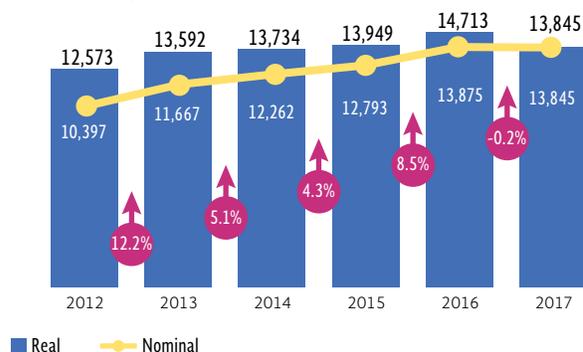
La entrada en operación del nuevo modelo de atención institucional, con la creación de la Unidad de Servicios Estratégicos y la ejecución del nuevo modelo de fiscalización, forman parte de las acciones comprometidas por el Instituto para modernizar su gestión y privilegiar el fortalecimiento del cumplimiento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

Estas acciones ya rindieron sus primeros resultados. En 2014, se reportaron ingresos extraordinarios por fiscalización y cobranza de 12,262 millones de pesos, 5.1% más que lo ingresado en 2013. En 2015, esta recaudación fue de 12,793 millones de pesos, 4.3% superior al nivel alcanzado en 2014. En 2016, esta recaudación fue de 13,875 millones de pesos, 8.5% superior al nivel alcanzado en 2015. En 2017, esta recaudación fue de 13,845 millones de pesos, cifra casi similar a lo ingresado en 2016 (gráfica II.9).

GRÁFICA II.9.

Ingresos por fiscalización y cobranza, real y nominal, 2012-2017¹⁷

(millones de pesos de 2017)



¹⁷ Los ingresos por fiscalización incluyen pagos derivados de auditorías, dictámenes e invitaciones a regularizar su situación, así como ingresos por Rectificación de la Prima del Seguro de Riesgos de Trabajo (SRT), por el Programa de Verificación de la Prima (PVP), actualizaciones y pagos virtuales, montos contabilizados en el rubro de recaudación por cuotas.

Los ingresos por cobranza incluyen pagos por recuperación de créditos fiscales a través de requerimiento de pago, embargo y remates, y los Pagos del segundo mes, montos contabilizados en el rubro de recaudación por cuotas.

Fuente: Dirección de Incorporación y Recaudación, IMSS.

En 2014, se realizaron poco más de 86 mil actos con una recaudación de 4,364 millones de pesos²². En 2015, se llevaron a cabo cerca de 60 mil actos con una recaudación de 4,486 millones de pesos. En 2016, se llevaron a cabo poco más de 47 mil actos con una recaudación de 5,100 millones de pesos y en 2017 se mantuvo la mejoría en las acciones de fiscalización, recaudando casi lo mismo con menos actos: 4,448 millones de pesos con 41 mil actos.

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

²² Los ingresos por fiscalización incluyen pagos derivados de auditorías, dictámenes e invitaciones a regularizar su situación, así como ingresos por Rectificación de la Prima del Seguro de Riesgos de Trabajo (SRT), por el Programa de Verificación de la Prima (PVP), actualizaciones y pagos virtuales, montos contabilizados en el rubro de recaudación por cuotas.

Trabajadores de la Construcción por Obra o Tiempo Determinado, así como cartas-invitación y promociones dirigidas a patrones para la regularización voluntaria de sus obligaciones ante el Instituto, entre otros.

Adicional a los actos de fiscalización, en el IMSS se realizan actos de autoridad en materia de cobro. Estos actos se refieren a estrategias dirigidas a la recuperación de créditos fiscales mediante la ejecución de requerimientos de pago y de embargo de bienes muebles e inmuebles, hasta llegar, en algunos casos, a su venta por medio del remate.

En 2014, se llevaron a cabo alrededor de 2.8 millones de actos de cobro, con una recaudación de 7,898 millones de pesos. En 2015 y 2016, se llevaron a cabo alrededor de 2.1 millones de estos actos, con una recaudación de 8,307 y 8,775 millones de pesos, respectivamente²³. En 2017, se realizaron 1.9 millones de actos, con una recaudación de 9,397 millones de pesos.

II.1.4. Estímulo al ingreso

Como parte de la estrategia del IMSS para fortalecer sus ingresos, y debido a su éxito en años pasados, el programa de Estímulo al Ingreso continuará por cuarto año consecutivo. El monto de estímulo repartido en estos 4 años acumula los 1,530 millones de pesos:

- En 2015 se repartieron 100 millones de pesos a 24 delegaciones que superaron su meta de ingresos en 2014²⁴.
- En 2016 se repartieron 530 millones de pesos a 29 delegaciones que superaron su meta de ingresos en 2015.
- En 2017 se repartieron 400 millones de pesos a 29 delegaciones que superaron su meta de ingresos en 2016.

²³ Incluye pagos por recuperación de créditos fiscales a través de requerimiento de pago, embargo y remates, así como Pagos del segundo mes, montos contabilizados en el rubro de recaudación por cuotas.

²⁴ La meta de ingresos es estipulada por la Dirección de Incorporación y Recaudación del IMSS, y considera la recaudación por cuotas obrero-patronales (incluye recuperación de cartera y mora e ingresos por fiscalización), capitales constitutivos, derivados de cuotas (incluye multas, recargos y actualizaciones) y comisiones por servicios de Afores e INFONAVIT. Se excluye IMSS como patrón.

- En 2018 se repartirán 500 millones de pesos a 29 delegaciones que superaron su meta de ingresos en 2017.

Este programa incentiva a las delegaciones no solo a recaudar y fiscalizar mejor, sino también a invertir en proyectos en beneficio de las áreas dedicadas a afiliar y recaudar, debido a que el programa estipula que por cada peso recibido, hasta 30% debe destinarse a estas áreas. En 2017, 41 subdelegaciones adquirieron mobiliario de oficina, 61 remodelaron diversas áreas y realizaron labores de mantenimiento, 3 construyeron nuevas áreas para una mejor atención a derechohabientes y patrones. Todos estos proyectos mejoraron la imagen de las áreas de atención del Instituto, así como la calidad del servicio a los derechohabientes.

Este año, y como se mencionó arriba, el Estímulo al Ingreso es de 500 millones de pesos, a repartir entre 29 delegaciones con cumplimiento de meta superior a 100%. En estos 4 años todas las delegaciones han recibido el estímulo en al menos una ocasión (gráfica II.10).

II.2. Aseguramiento en el IMSS

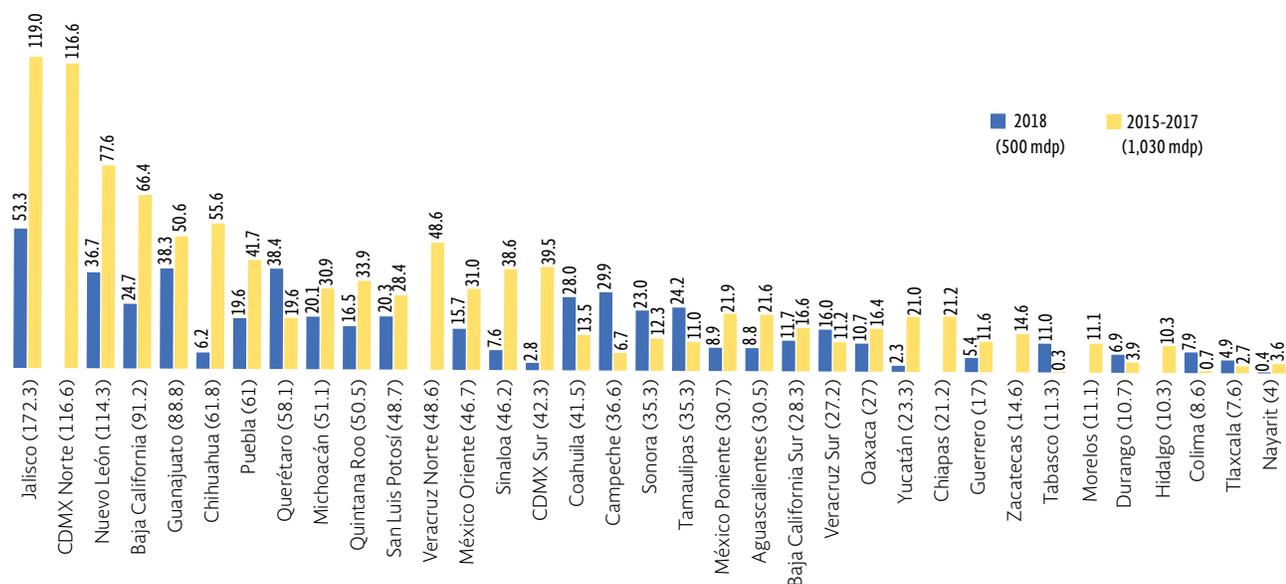
En los registros del IMSS se distinguen dos tipos de afiliación: i) aseguramiento asociado a un empleo²⁵, que considera tanto a trabajadores del Régimen Obligatorio, como a aquellos del Régimen Voluntario, entre los que se encuentran trabajadores domésticos, independientes, de la Administración Pública Federal, personas físicas con trabajadores a su servicio, etcétera (asegurados trabajadores), y ii) aseguramiento para ciudadanos sin un empleo formal que desean obtener los beneficios que otorga el Instituto, princi-

²⁵ En términos de mercado laboral es la población ocupada.

GRÁFICA II.10.

Estímulo al ingreso por delegación de adscripción al IMSS, 2015-2018^{1/}

(millones de pesos)^{2/}



^{1/} Por año en que se otorgó el estímulo. Cifras acumuladas para el periodo 2015-2018 en el eje horizontal.

^{2/} Millones de pesos (mdp).

Fuente: Dirección de Incorporación y Recaudación, IMSS.

palmente en salud (asegurados no trabajadores). En este último caso se incluye la afiliación voluntaria al Seguro de Salud para la Familia (SSFAM), al Seguro Facultativo (estudiantes), y la Continuación Voluntaria²⁶ (cuadro II.1).

²⁶ El Seguro Facultativo (modalidad 32) incluye la afiliación de estudiantes, así como familiares de personal del IMSS y de la Comisión Federal de Electricidad (CFE). Alrededor de 98.2% de la afiliación en la modalidad 32 refiere a estudiantes. El Seguro de Salud para la Familia (modalidad 33) es para hogares que no cuentan con ningún sistema de seguridad social. La Continuación Voluntaria (modalidad 40) incluye a las personas aseguradas que han dejado de estar sujetas al Régimen Obligatorio y reingresan por cuenta propia a éste. Para el detalle, ver el Anexo A.

II.2.1. Asegurados trabajadores²⁷

En 2017, a pesar de un crecimiento económico por debajo de lo esperado, se consiguió ampliar de manera importante el empleo asegurado en el IMSS, cerrando el año con una afiliación de 19'418,455 puestos de trabajo. Estos registros están pormenorizados por personas con nombre y apellidos, con semanas cotizadas, asociados a una empresa, un historial salarial, un pago de cuotas, entre otros datos.

Esta afiliación significó una creación de 801,831 puestos de trabajo al cierre de 2017, equivalente a una tasa anual de 4.3% (gráfica II.11), casi el doble que el

²⁷ El dato de asegurados trabajadores o puestos de trabajo refiere a los asegurados que tienen una relación laboral con un patrón en el sector privado, con ciertas excepciones de aseguramientos especiales por convenio (como patrones personas físicas y productores de caña de azúcar, que refieren a personas ocupadas y con un empleo, pero sin una relación subordinada). Debido a que un mismo afiliado puede registrarse en el Instituto con más de un empleo en más de una empresa, la cifra de puestos de trabajo registrados en el IMSS contabiliza a los afiliados tantas veces como número de empleos mantengan. En esta cifra de puestos de trabajo no se incluye a aquellos asegurados que cotizan en el Seguro de Salud para la Familia, ni en el esquema de Continuación Voluntaria al Régimen Obligatorio, como tampoco se incluye a los asegurados en el Seguro Facultativo.

CUADRO II.1.

Asegurados en el IMSS, 2016-2017

(cifras al cierre de cada año)

Tipo de afiliación	Tipo de régimen	2016	2017	Variación	
				Absoluta	Relativa %
Asegurados		25,883,481	26,802,451	918,970	3.6
Trabajadores		18,616,624	19,418,455	801,831	4.3
Modalidad:					
10: Trabajadores permanentes y eventuales de la ciudad	RO	17,573,914	18,335,373	761,459	4.3
13: Trabajadores permanentes y eventuales del campo	RO	319,001	364,186	45,185	14.2
14: Trabajadores eventuales del campo cañero	RO	41,021	41,896	875	2.1
17: Reversión de cuotas por subrogación de servicios	RO	100,815	93,017	-7,798	-7.7
30: Productores de caña de azúcar	RO	98,236	95,202	-3,034	-3.1
34: Trabajadores domésticos	RV	3,359	3,655	296	8.8
35: Patrones personas físicas con trabajadores a su servicio	RV	6,443	6,270	-173	-2.7
36: Trabajadores al servicio de gobiernos estatales, municipales y organismos descentralizados ^{1/}	RV	151,050	150,776	-274	-0.2
38: Trabajadores al servicio de las administraciones públicas federal, entidades federativas y municipios ^{1/}	RV	254,657	258,775	4,118	1.6
42: Trabajadores al servicio de las administraciones públicas federal, entidades federativas y municipios ^{1/}	RV	14,503	15,714	1,211	8.3
43: Incorporación voluntaria del campo al Régimen Obligatorio	RV	22,573	21,042	-1,531	-6.8
44: Trabajadores independientes	RV	31,052	32,549	1,497	4.8
No trabajadores		7,266,857	7,383,996	117,139	1.6
Modalidad:					
32: Seguro Facultativo (estudiantes)	RV	6,818,123	6,946,809	128,686	1.9
33: Seguro de Salud para la Familia	RV	315,592	291,250	-24,342	-7.7
40: Continuación Voluntaria en el Régimen Obligatorio	RV	133,142	145,937	12,795	9.6
Total Régimen Obligatorio	RO	18,132,987	18,929,674	796,687	4.4
Total Régimen Voluntario	RV	7,750,494	7,872,777	122,283	1.6

^{1/} En las 3 modalidades los asegurados son trabajadores al servicio de la Administración Pública estatal o municipal; la diferencia entre estas modalidades se relaciona con el tipo de seguros a los cuales se tiene derecho.

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

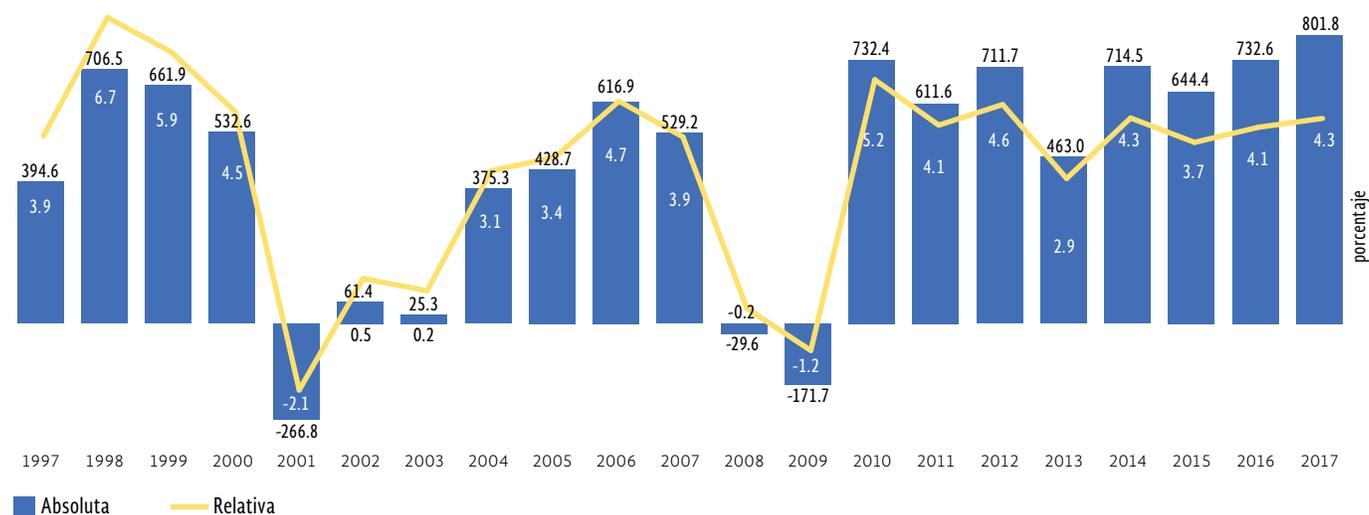
RO: Régimen Obligatorio; RV: Régimen Voluntario.

Fuente: Dirección de Incorporación y Recaudación, IMSS.

GRÁFICA II.1.1.

Creación de puestos de trabajo en el IMSS, 1997-2017^{1/}

(miles de puestos al cierre de año y porcentajes de crecimiento)



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

crecimiento de 2% alcanzado en la economía²⁸. Para 2018, el comportamiento del empleo formal en el IMSS continúa favorable, con una creación de 455,651 puestos en el primer cuatrimestre del año. Se trata del mayor aumento para un cuatrimestre del año desde que se tiene registro.

Con ello, en los primeros 5 años y 5 meses de la presente Administración, del 1° de diciembre de 2012 al 30 de abril de 2018, se reporta la creación de prácticamente 3.6 millones de empleos formales (3'579,170), 2.1 veces mayor que lo creado en el mismo periodo de la anterior Administración (1'724,845), e incluso es superior a los empleos creados en los 12 años completos de las 2 Administraciones pasadas (3'517,422).

²⁸ Cifra del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), revisada el 19 de marzo de 2018.

Asegurados trabajadores y salario por tipo de empleo

Para los asegurados trabajadores en el IMSS se identifican 2 tipos de afiliación en cuanto al tipo de contrato que estos mantengan con su patrón: permanente y eventual²⁹. En 2017, 86% (16.7 millones) de los 19.4 millones de puestos de trabajo fueron empleos permanentes, y el restante 14% (2.7 millones) fueron puestos de tipo eventual. En los últimos 7 años estos porcentajes se han mantenido relativamente constantes.

Entre 2007 y 2014 se registró una recomposición del tipo de empleo afiliado al IMSS, con una mayor participación de plazas eventuales con respecto al total. En este lapso de 8 años, la participación de los puestos

²⁹ La Ley del Seguro Social contempla la afiliación de trabajadores en empleos permanentes y eventuales, y en ambos casos, las condiciones de entero y pago de las cuotas al IMSS son las mismas. La única diferencia radica en que los trabajadores eventuales requieren de un mayor tiempo previo de aseguramiento para el pago de subsidio en caso de enfermedad (Ley del Seguro Social, Artículos 96 y 97). Asegurado trabajador permanente es aquel que tiene una relación de trabajo por tiempo indeterminado (Ley del Seguro Social, Artículo 5 A, fracción VI); asegurado trabajador eventual es aquel que tiene una relación de trabajo para obra determinada o por tiempo determinado en los términos de la Ley Federal del Trabajo (Ley del Seguro Social, Artículo 5 A, fracción VII).

eventuales aumentó de 11.1% a 14.3%, con la correspondiente reducción en la participación de las plazas permanentes, que pasó de 88.9% a 85.7%. De 2014 a 2016, la participación de los eventuales disminuyó de 14.3% a 13.9%, sin embargo, en los últimos meses se observa una ligera recuperación en la participación de eventuales, al pasar de 13.9% en diciembre de 2016 a 14.6% en marzo de 2018 (gráfica II.12).

El salario asociado a los puestos permanentes es superior al de las plazas eventuales, y en los últimos 10 años se reporta una disminución en la brecha salarial entre estos 2 tipos de empleo. Se pasa de una brecha de 89 pesos diarios (35.5%) en diciembre de 2008 a 54.7 pesos diarios (18.9%) en diciembre de 2017. Esta reducción se debe al aumento en el salario real de los puestos eventuales, que pasaron de un nivel de 250.3 a 289.4 pesos diarios, un incremento de 15.6%.

En contraste, en el mismo periodo, el salario real de los puestos permanentes pasó de 339.3 a 344.0 pesos diarios, un incremento de 1.4% (gráfica II.13). La diferencia salarial entre los puestos permanentes y

eventuales es cada vez menor, y en el último año, de diciembre de 2016 a diciembre de 2017, disminuyó en 2 puntos al pasar de 20.9% a 18.9%.

Asegurados trabajadores por región geográfica

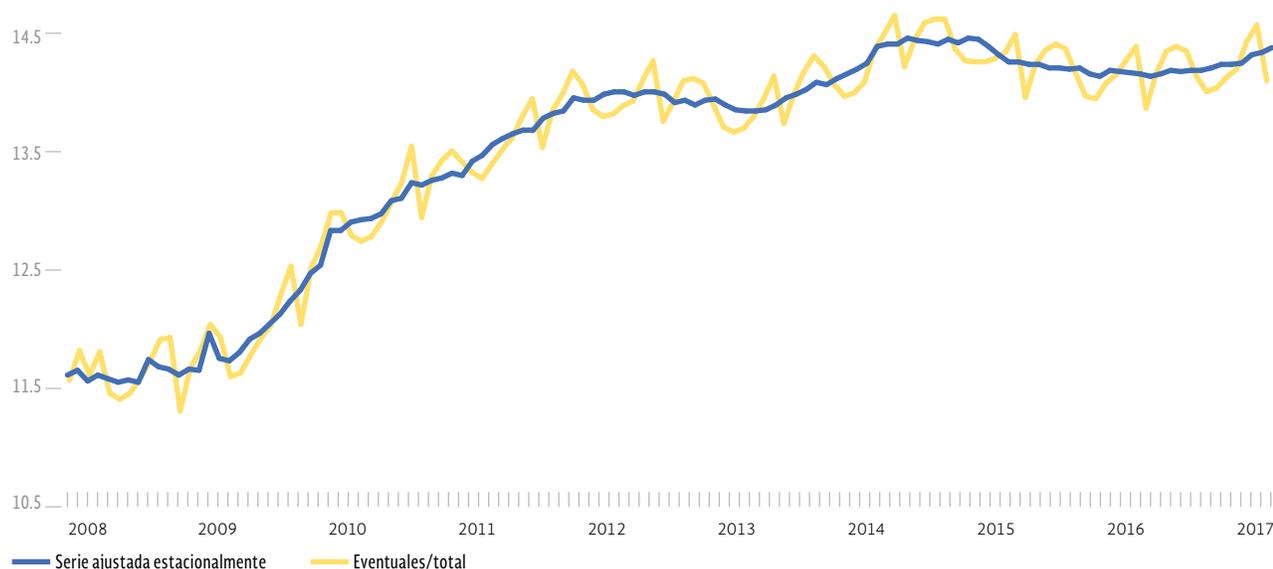
Entre 2012 y 2017, la participación en el total de los puestos de trabajo afiliados al IMSS por región se mantuvo relativamente constante, con un repunte de la región occidente y una caída en la región sur. La participación de los estados de occidente pasaron de una participación de 27.1% a 28.4%. Esta mejoría es resultado de un buen crecimiento económico en la región, de 3.8% en promedio en 2012-2017.

En contraste, la región sur disminuyó ligeramente su participación de 17.4% a 16.2% entre 2012 y 2017, como resultado de la crisis petrolera en los estados de Tabasco, Campeche y Veracruz, y un crecimiento económico cercano a cero e incluso negativo en 2015, 2016 y 2017. Destaca que, a pesar del bajo desempeño económico de los estados del sur, esta región presentó un

GRÁFICA II.12.

Estructura de puestos de trabajo permanentes y eventuales, 2008-2017^{1/}

(porcentajes, cifras al cierre de cada mes)



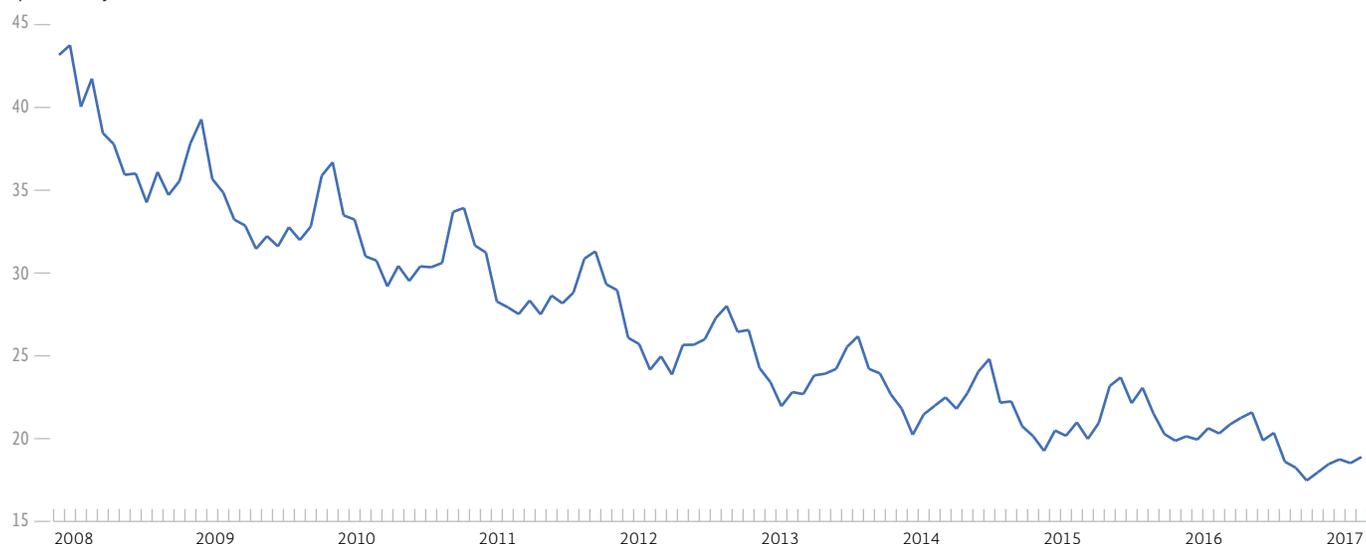
^{1/} Serie ajustada estacionalmente con modelo *Tramo/Seats*.

Fuente: Dirección de Incorporación y Recaudación, IMSS.

GRÁFICA II.13.

Brecha salarial entre puestos permanentes y eventuales, 2008-2017^{1/}

(porcentajes, cifras al cierre de cada mes)



^{1/} Brecha salarial se refiere a la diferencia porcentual entre el salario de los puestos permanentes con respecto a los eventuales.

Fuente: Dirección de Incorporación y Recaudación, IMSS.

crecimiento en el empleo asegurado en el IMSS de 2.8% en promedio en el periodo 2012-2017 (gráfica II.14).

En 2017, las entidades que sobresalen en la generación de empleos formales son: en el sur, Quintana Roo con un crecimiento anual de 10.9% y en el occidente, Baja California Sur con un aumento de 8.7% anual. También destacan Querétaro (región centro), Michoacán y Guanajuato (región occidente), San Luis Potosí (región norte), y Tlaxcala y Oaxaca (región sur) con aumentos anuales mayores o iguales a 6%, entre diciembre de 2016 y diciembre de 2017. En contraste, Tabasco y Campeche, en la región sur presentan los efectos de la crisis petrolera, con una disminución de más de 5.3 miles de empleos en el año, entre las 2 entidades (gráfica II.15).

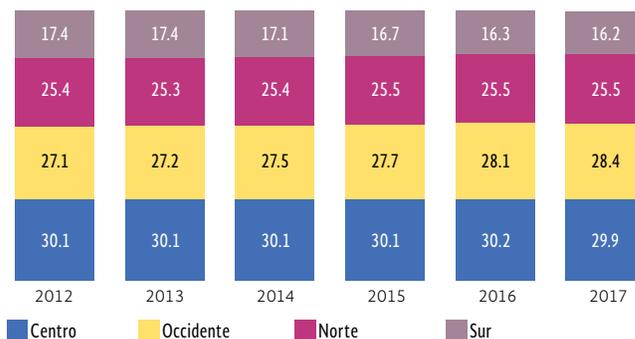
Asegurados trabajadores por actividad económica y tamaño de empresa

La formalización de la economía en los últimos 6 años ha sido impulsada principalmente por los sectores de la transformación y servicios para empresas. Los puestos

GRÁFICA II.14.

Participación en la creación de puestos de trabajo por región, 2012-2017

(porcentajes, cifras al cierre de cada año)



Fuente: Dirección de Incorporación y Recaudación, IMSS.

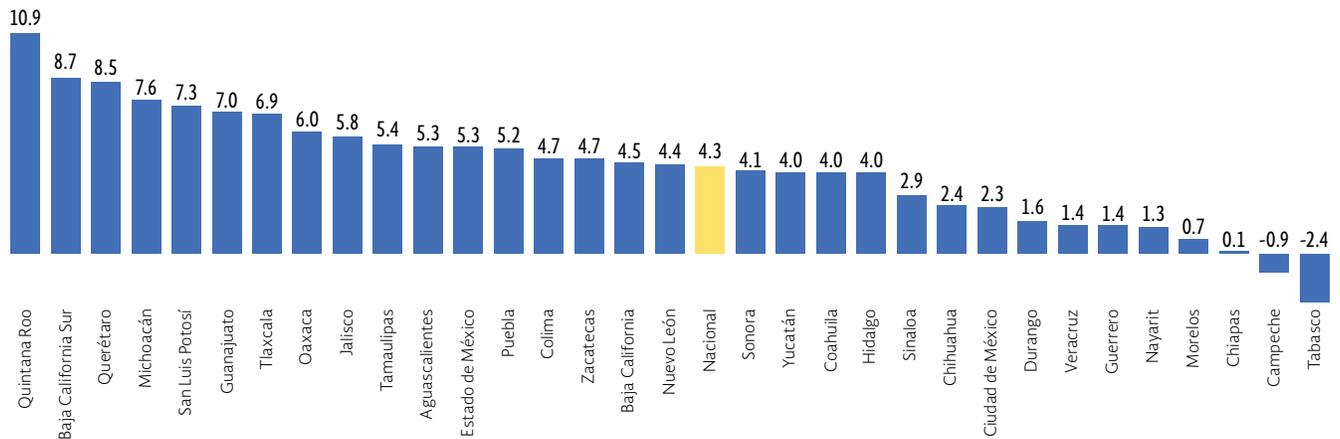
creados en estos sectores han contribuido con más de la mitad de la creación de empleo a nivel nacional (54.8% en promedio).

Entre 2012 y 2017, el sector de la transformación incrementó su contribución en la creación de nuevos puestos de 27.7% a 31.3% en dicho periodo. Por su parte, el sector de servicios para empresas, personas

GRÁFICA II.15.

Variación anual de puestos de trabajo por entidad, 2016-2017

(porcentajes, cifras al cierre de año)



Fuente: Dirección de Incorporación y Recaudación, IMSS.

y hogar mantuvo su contribución de una quinta parte del total, con 21.3% al cierre de 2017. Destaca también la participación del sector construcción, que en 2014 alcanzó 19% y en 2017, 10.8% del total de los nuevos empleos (gráfica II.16).

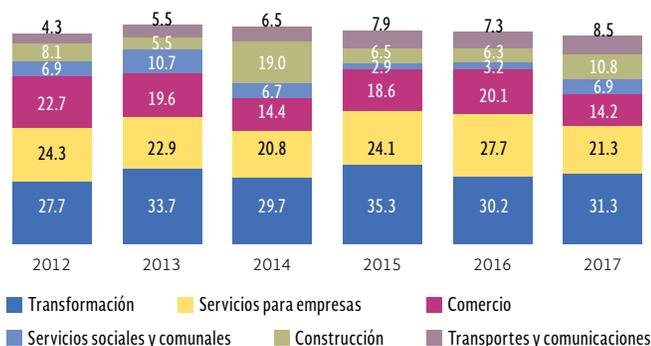
En cuanto al tamaño de las empresas, resulta interesante que en los últimos 10 años son las empresas más grandes las que presentan una mayor participación

en los empleos formales. En diciembre de 2017, 36.2% de los puestos afiliados al IMSS se ubicaban en registros patronales con más de 500 trabajadores, lo que significó un aumento en comparación a 2008, cuando dicho porcentaje se ubicó en 32.1%. En menor medida, destacan las empresas de 251 a 500 trabajadores que pasaron de una participación de 11.4% del total de puestos registrados en el IMSS en 2008, a una participación de 11.6% en 2017 (gráfica II.17).

GRÁFICA II.16.

Participación en la creación de puestos de trabajo por sector económico, 2012-2017^{1/}

(porcentajes, cifras al cierre de año)



^{1/} Se excluyen los sectores con la menor participación en el empleo total, de menos de 6.5%, tales como el agropecuario, las industrias extractiva y eléctrica.

Fuente: Dirección de Incorporación y Recaudación, IMSS.

Registros patronales³⁰

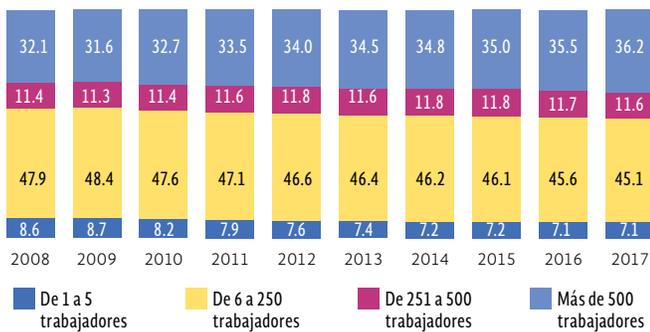
Al cierre de 2017, se tiene un registro de 949,411 patrones afiliados al Instituto. Esta afiliación significó un aumento de 31,731 patrones al cierre de 2017, equivalente a una tasa anual de 3.5%, el tercer mejor incremento desde que se tiene registro, solo por debajo de los años 2000 (38,523 patrones) y 2016 (31,834 patrones) (gráfica II.18).

³⁰ Los registros patronales refieren a una clave interna utilizada en el IMSS para identificar a los patrones afiliados. Esta clave no necesariamente corresponde a una empresa, ya que una misma empresa puede tener más de un registro patronal, y tampoco refiere a un establecimiento, ya que dos o más establecimientos pueden presentar la misma clave patronal. En la cifra de registros patronales se considera a los patrones con al menos un puesto de trabajo afiliado y vigente, y solo incluye a registros "no convencionales", ya que los "convencionales" no están asociados a empresas o establecimientos.

Para 2018, la afiliación de patrones al Instituto continúa favorable, con un incremento de 12,001 patrones en el primer cuatrimestre del año. Con ello, en los primeros 5 años y 5 meses de la presente Administración, del 1° de diciembre de 2012 al 30 de abril de 2018,

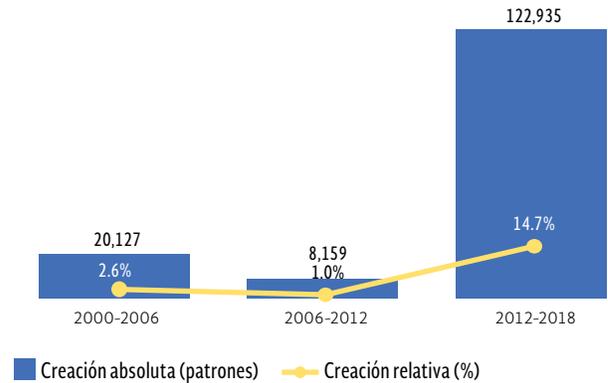
se reporta un incremento de 122,935 patrones, más de 14 veces superior a lo creado en el mismo periodo de la anterior Administración, e incluso muy superior a lo creado en la totalidad de los sexenios de las administraciones pasadas (gráfica II.19).

GRÁFICA II.17.
Distribución de puestos de trabajo por tamaño de registro patronal, 2008-2017
(porcentajes, cifras al cierre de cada año)



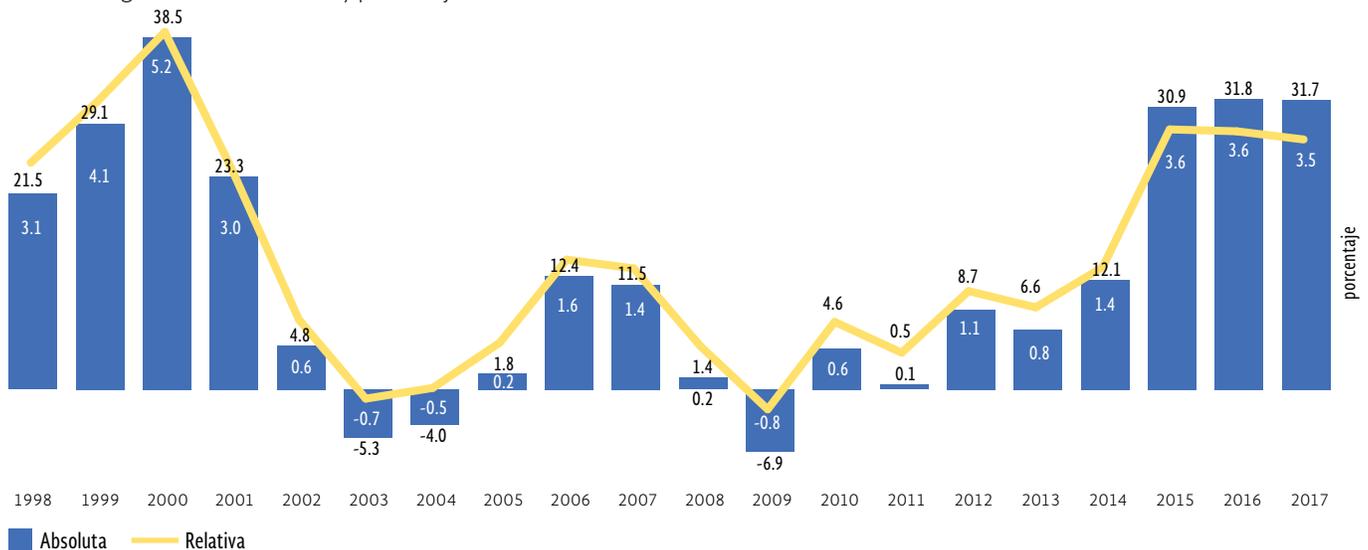
Fuente: Dirección de Incorporación y Recaudación, IMSS.

GRÁFICA II.19.
Afiliación de registros patronales en el IMSS en los primeros 5 años y 5 meses de la actual y anteriores Administraciones^{1/}



^{1/} Se considera el 1° de diciembre como inicio del sexenio (por ejemplo, en la Administración de 2012-2018 se considera el periodo del 1° de diciembre de 2012 al 30 de abril de 2018).
Fuente: Dirección de Incorporación y Recaudación, IMSS.

GRÁFICA II.18.
Afiliación de registros patronales en el IMSS, 1997-2017^{1/}
(miles de registros al cierre de año y porcentajes de crecimiento)



Fuente: Dirección de Incorporación y Recaudación, IMSS.

Salario de asegurados trabajadores³¹

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

Con la publicación, el 27 de enero de 2016, del Decreto por el que se declaran reformadas y adicionadas diversas disposiciones de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en materia de desindexación del salario mínimo, todas las menciones al salario mínimo como unidad de cuenta, índice, base, medida o referencia para determinar la cuantía de las obligaciones y supuestos previstos en las leyes federales, estatales, se refieren a la Unidad de Medida y Actualización (UMA). En este sentido, a partir de febrero de 2017, el Instituto actualiza la determinación de las cuotas y aportaciones de seguridad social, para referirlas a esta nueva unidad de referencia.

La gráfica II.20 presenta la evolución del salario base de los trabajadores en términos reales y en número de veces³², a nivel nacional.

Durante los últimos 10 años el salario real creció 0.20% en promedio anual, mientras que en número de veces aumentó 0.26% en promedio anual. En los últimos 5 años, de diciembre de 2013 a diciembre de 2017, el salario real registrado ante el Instituto presentó una importante mejora, al pasar de un nivel de 330.42 a 336.26 pesos diarios, equivalente a un crecimiento relativo de 19.39% nominal y 1.77% real. Este avance duplica lo logrado en los 6 años anteriores, en los que el salario real se incrementó 0.82%, de diciembre de 2006 a diciembre de 2012.

En los 5 últimos años, en el periodo 2012-2017, se tiene que es el rango salarial de más de 6 veces el que presentó la mayor creación de empleo, con un crecimiento de 26.2%. Mientras que en los 5 años previos, en el periodo de 2007-2012, fue el rango salarial de más 1 y hasta 2 veces el que presentó la mayor creación, con un crecimiento de 23.8% (gráfica II.21).

Adicionalmente, se tiene que en los últimos 5 años se han creado más puestos en los rangos superiores a 2 veces el salario de referencia. Esto es, se tiene que de los 3'356,412 puestos de trabajo creados en el periodo de 2013-2017, 76% refiere a empleo en rangos salariales superiores a 2 veces y el restante 24% a rangos salariales inferiores, de menos de 2 veces el salario de referencia. Mientras que en el periodo de 2008-2012, de los 1'854,337 puestos de trabajo creados, 37% refiere a empleo en rangos salariales superiores a 2 veces y

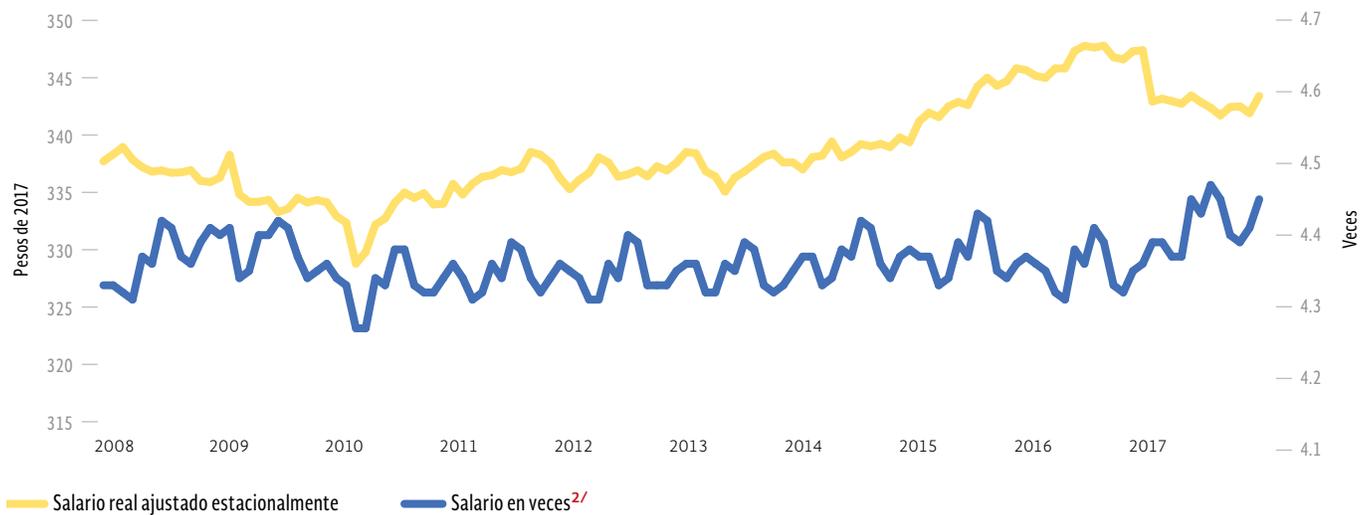
³¹ El salario diario de los asegurados trabajadores del IMSS se refiere al ingreso integrado que incluye los pagos hechos en efectivo por cuota diaria, gratificaciones (aguinaldo), percepciones, alimentación, habitación, primas (incluye prima vacacional), comisiones, prestaciones en especie y cualquier otra cantidad o prestación que se integra al trabajador por su trabajo. Se considera el salario al día último de mes y que refiera a un ingreso real percibido por parte de un patrón. Es decir, se excluye a las modalidades de aseguramiento 30 (productores de caña de azúcar), 35 (patrones personas físicas con trabajadores a su servicio), 43 (incorporación voluntaria del campo al Régimen Obligatorio) y 44 (trabajadores independientes), cuyo salario registrado refiere al salario mínimo. Tampoco se considera a las modalidades 32 (Seguro Facultativo), 33 (Seguro de Salud para la Familia), las que no tienen un salario registrado, ni a la modalidad 40 (Continuación Voluntaria en el Régimen Obligatorio), cuyo salario registrado refiere al percibido al momento de la baja del asegurado del IMSS o a un salario a su elección sin exceder el límite señalado por la Ley del Seguro Social.

³² Hasta 2016 en veces el salario mínimo y a partir de 2017 en veces la Unidad de Medida y Actualización (UMA). En 2016 el salario mínimo fue de 73.04 pesos y en 2017 la UMA fue de 75.49 pesos.

GRÁFICA II.20.

Salario diario de asegurados trabajadores, 2008-2017^{1/}

(pesos de 2017 y en número de veces el salario de referencia^{2/}, cifras al cierre de cada mes)



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

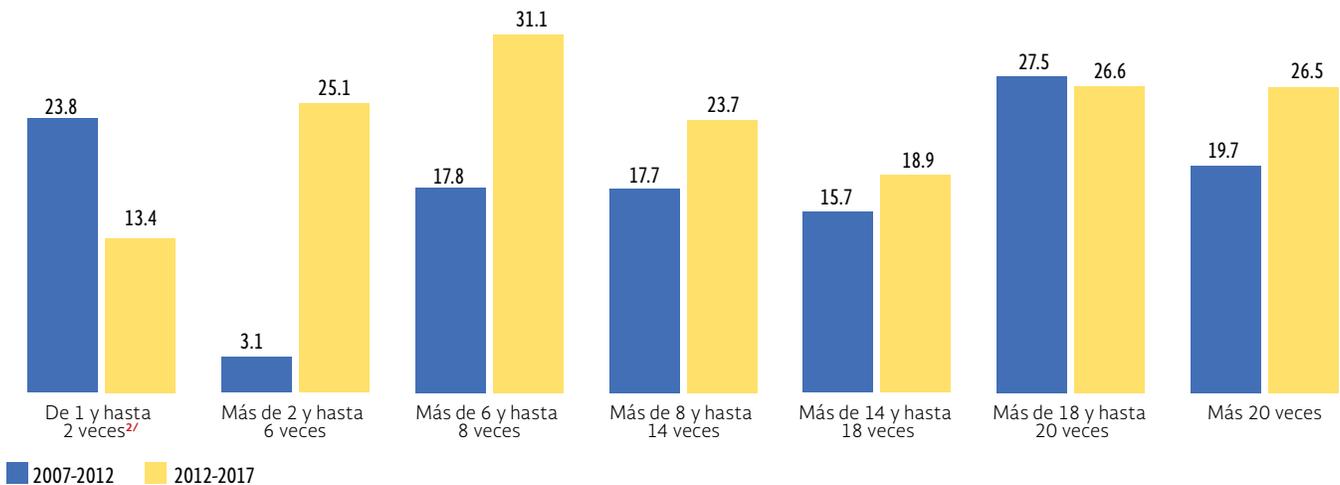
^{2/} Hasta 2016 en veces el salario mínimo, en 2017 en veces la Unidad de Medida y Actualización (UMA).

Fuente: Dirección de Incorporación y Recaudación, IMSS.

GRÁFICA II.21.

Variación de puestos de trabajo por rango salarial^{1/}

(porcentaje y en número de veces el salario de referencia, cifras al cierre de cada año)



^{1/} De 2007 a 2016 en veces el salario mínimo (SM) y 2017 en veces la Unidad de Medida y Actualización (UMA).

^{2/} En el rango de 1 SM y hasta 2 veces UMA se incluye el aseguramiento voluntario en modalidades 30, 35, 43 y 44.

Fuente: Dirección de Incorporación y Recaudación, IMSS.

el restante 63% a rangos salariales inferiores, de menos de 2 veces el salario de referencia.

Salario por actividad económica y tamaño de empresa

El nivel salarial de los trabajadores afiliados al IMSS varía en función del tamaño de las empresas y de la actividad económica asociada. Los patrones con las plantillas laborales más grandes son los que presentan los salarios más altos. En 2017, mientras que 12.9% de los trabajadores en empresas con más de 250 trabajadores percibía salarios de más de 10 UMA, este porcentaje era de 1.6% en empresas con plantillas de 1 a 5 trabajadores. En estas empresas chicas, 95% de los trabajadores percibía un salario de 1 y hasta 5 UMA (gráfica II.22).

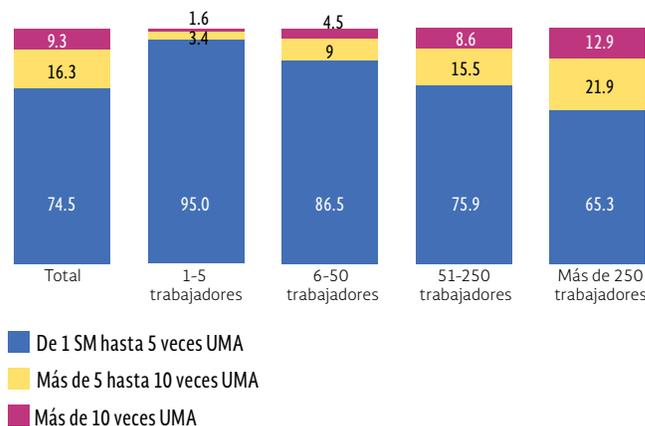
En 2017, las empresas de más de 250 trabajadores registraron un salario promedio superior en 151% al correspondiente a los micronegocios (1 a 5 trabajadores), 71.8% mayor al pagado por las empresas pequeñas (6 a 50 trabajadores) y 25.5% al pagado por las medianas (51 a 250 trabajadores). A diciembre de 2017, los altos niveles de inflación originaron que los salarios de los trabajadores presentaran una disminución en sus tasas reales de variación anual de 1.2%. Esta situación afectó principalmente a los trabajadores de las empresas grandes en 1.6%, de las medianas en 1.1%, de las pequeñas en 1.5% y en las microempresas no se generó cambio alguno (cuadro II.2).

La gráfica II.23 detalla la distribución de los trabajadores por nivel salarial y sector económico. Al igual que en años anteriores, los sectores de la industria de electricidad y suministro de agua, y la industria extractiva son los que presentan las plantillas laborales con los salarios más altos. En el primero, 50.1% de sus trabajadores se concentra en un rango salarial de más de

GRÁFICA II.22.

Distribución salarial de asegurados trabajadores en número de veces la UMA y tamaño de empresa, 2017¹⁷

(porcentajes, cifras al cierre de año)



¹⁷ Rango salarial en número de veces la UMA. Se incluye a los 155,063 puestos en aseguramiento voluntario asociados a un salario mínimo, modalidades 30, 35, 43 y 44. En los 155,063 hay 46,276 que no tienen asociado un rango de tamaño de empresa; estos son agregados al rango de 1 SM y hasta 5 UMA.

Fuente: Dirección de Incorporación y Recaudación, IMSS.

10 veces la UMA, en tanto que en la industria extractiva esta cifra se ubica en 21.8%.

El cuadro II.3 muestra que los sectores donde se observó una mejora salarial en el último año fueron transformación y agricultura, ganadería, silvicultura, pesca y caza con un aumento real ponderado de 0.1% cada uno. Mientras que el sector de servicios sociales y comunales contrasta con una disminución real ponderada de 0.7% en diciembre de 2017.

Salario por región geográfica

La gráfica II.24 presenta el salario de los trabajadores por región para 2008 y 2017. En casi todas las regiones del país³³ se observa un incremento salarial real en los últimos 10 años; el mayor incremento se reporta en la re-

³³ La región centro incluye a la Ciudad de México, Querétaro, Guerrero, Morelos y Estado de México; la región norte incluye a Aguascalientes, San Luis Potosí, Chihuahua, Zacatecas, Nuevo León, Tamaulipas, Coahuila y Durango; la región occidente incluye a Guanajuato, Baja California Sur, Sinaloa, Jalisco, Colima, Sonora, Baja California, Nayarit y Michoacán, y la región sur incluye a Hidalgo, Tabasco, Quintana Roo, Yucatán, Oaxaca, Puebla, Campeche, Tlaxcala, Chiapas y Veracruz. Distribución regional con base en la clasificación de las entidades de adscripción al IMSS.

CUADRO II.2.

Salario diario de asegurados trabajadores por tamaño de registro patronal, 2008-2017

(pesos de 2017 y número de veces el salario de referencia, cifras al cierre de año)

Año	Total		Micronegocios 1 a 5 trabajadores		Pequeños 6 a 50 trabajadores		Medianos 51 a 250 trabajadores		Grandes Más de 250 trabajadores	
	Pesos	Veces ^{1/}	Pesos	Veces ^{1/}	Pesos	Veces ^{1/}	Pesos	Veces ^{1/}	Pesos	Veces ^{1/}
	2008	329.06	4.4	157.11	2.1	237.33	3.2	326.12	4.4	415.33
2009	327.18	4.4	157.17	2.1	237.73	3.2	325.31	4.3	412.69	5.5
2010	326.94	4.3	156.07	2.1	234.51	3.1	320.09	4.2	412.15	5.5
2011	329.13	4.4	155.67	2.1	234.35	3.1	321.14	4.2	412.77	5.5
2012	330.45	4.3	156.33	2.1	234.10	3.1	322.23	4.2	411.70	5.4
2013	330.42	4.3	156.48	2.1	233.19	3.1	319.76	4.2	411.80	5.4
2014	332.17	4.4	159.63	2.1	237.17	3.1	322.38	4.3	409.55	5.4
2015	338.46	4.4	163.44	2.1	242.21	3.1	328.39	4.2	416.11	5.4
2016	340.23	4.4	163.58	2.1	242.48	3.1	330.71	4.2	417.13	5.3
2017	336.26	4.5	163.50	2.2	238.90	3.2	327.07	4.3	410.38	5.4

^{1/} De 2008 a 2016 el salario mínimo, para 2017 la UMA.

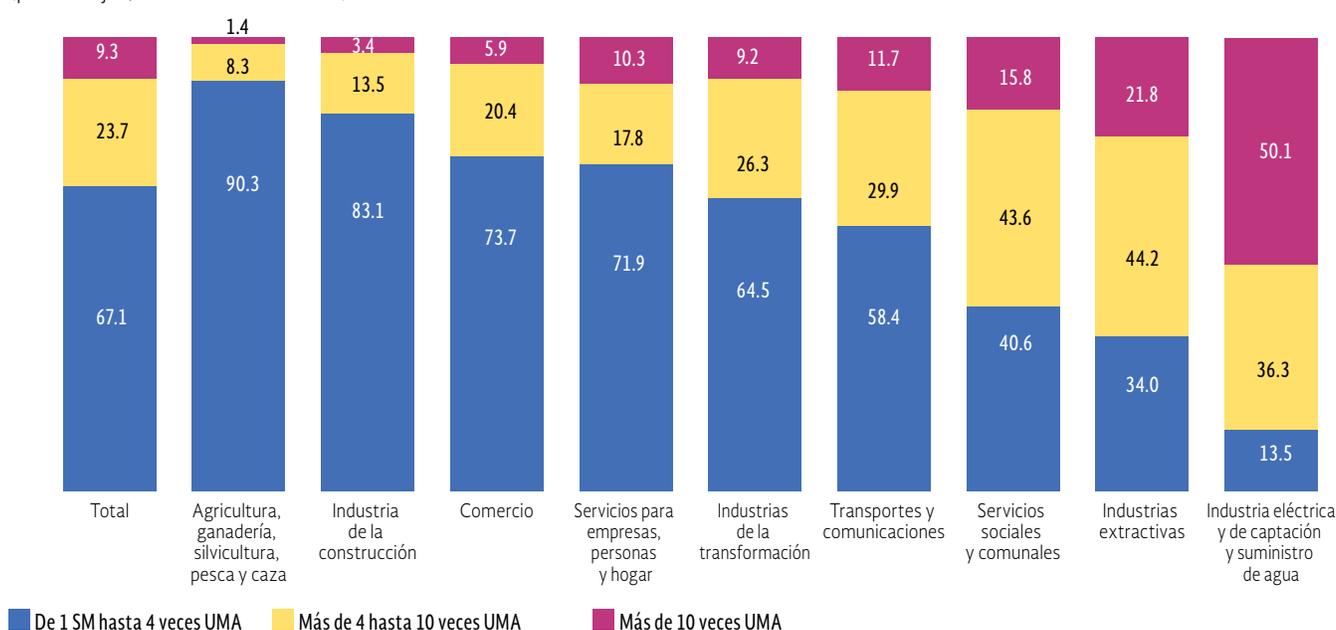
No incluye el salario de los 46,276 asegurados para los cuales "No aplica tamaño". Refiere a los asegurados trabajadores asociados a un registro patronal "convencional". Los registros convencionales refieren a claves internas del IMSS que identifican a trabajadores del tipo de independientes e incorporaciones voluntarias del campo al Régimen Obligatorio.

Fuente: Dirección de Incorporación y Recaudación, IMSS.

GRÁFICA II.23.

Distribución de puestos de trabajo por rango salarial en número de veces el salario de referencia y sector económico, 2017^{1/}

(porcentajes, cifras al cierre de año)

^{1/} Rango salarial en número de veces la UMA. En el rango de 1 SM y hasta 4 veces UMA se incluye a los 155,063 puestos en aseguramiento voluntario asociados a un salario mínimo, modalidades 30, 35, 43 y 44.

Fuente: Dirección de Incorporación y Recaudación, IMSS.

CUADRO II.3.

Salario diario de asegurados trabajadores por sector económico, 2016-2017

(pesos de 2017 y número de veces el salario de referencia, cifras al cierre de cada año)

Actividad económica	2016			2017			Variación (%)	
	Real	Ponderado	Veces ^{1/}	Real	Ponderado	Veces ^{1/}	Porcentual	Ponderada ^{2/}
	(a)	(b)	(c)	(d)	(e)	(f)		
Agricultura, ganadería, silvicultura, pesca y caza	190.96	5.74	2.45	192.70	6.08	2.55	0.9	0.1
Industrias de la transformación	351.50	94.25	4.51	350.90	94.72	4.65	-0.2	0.1
Industrias extractivas	548.20	3.59	7.03	543.31	3.58	7.20	-0.9	0.0
Industria eléctrica y de captación y suministro de agua	851.41	6.64	10.92	837.84	6.30	11.10	-1.6	-0.1
Industria de la construcción	222.97	18.01	2.86	221.03	18.10	2.93	-0.9	0.0
Comercio	289.11	59.59	3.71	286.31	58.24	3.79	-1.0	-0.4
Transporte y comunicaciones	394.06	21.86	5.05	386.97	21.95	5.13	-1.8	0.0
Servicios para empresas, personas y hogar	327.66	77.18	4.20	324.84	76.20	4.30	-0.9	-0.3
Servicios sociales y comunales	487.16	53.37	6.25	473.82	51.10	6.28	-2.7	-0.7
Total	340.23	340.23	4.36	336.26	336.26	4.45	-1.2	-1.2

^{1/} Para 2016 salario mínimo de 73.04 pesos, para 2017 UMA de 75.49 pesos.

^{2/} Variación ponderada con la participación de los trabajadores por sector económico en el total nacional en cada año.

Fuente: Dirección de Incorporación y Recaudación, IMSS.

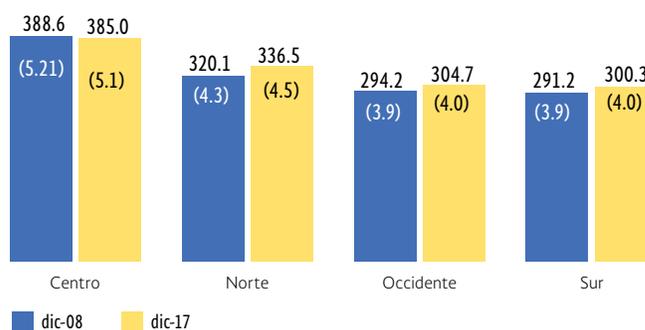
gión norte, en donde se pasó de un salario real de 320.1 pesos diarios (4.3 veces el salario mínimo) en 2008 a 336.5 pesos diarios (4.5 veces la UMA) en 2017, lo que representa un incremento de 5.1%, y en la región occidente, en donde el salario real aumentó en 3.6% al pasar de 294.2 pesos diarios (3.9 veces el salario mínimo) en 2008 a 304.7 pesos diarios (4 veces la UMA) en 2017.

De diciembre de 2016 a diciembre de 2017, los mayores incrementos salariales se dan en las entidades de la región norte. Destacan San Luis Potosí, Zacatecas y Durango con crecimientos salariales por encima de 0.4% real; estos incrementos se encuentran por encima de la disminución del salario nacional de 1.2% (gráfica II.25). De las entidades de la región sur, solo Tlaxcala presentó un crecimiento en el salario real de 1.1% y en el occidente, Sonora y Guanajuato registraron también variaciones positivas del salario anual real de 0.3% y 0.1%, respectivamente.

GRÁFICA II.24.

Salario por región en pesos de 2017 y número de veces el salario de referencia, 2008-2017^{1/}

(cifras al cierre de cada año)



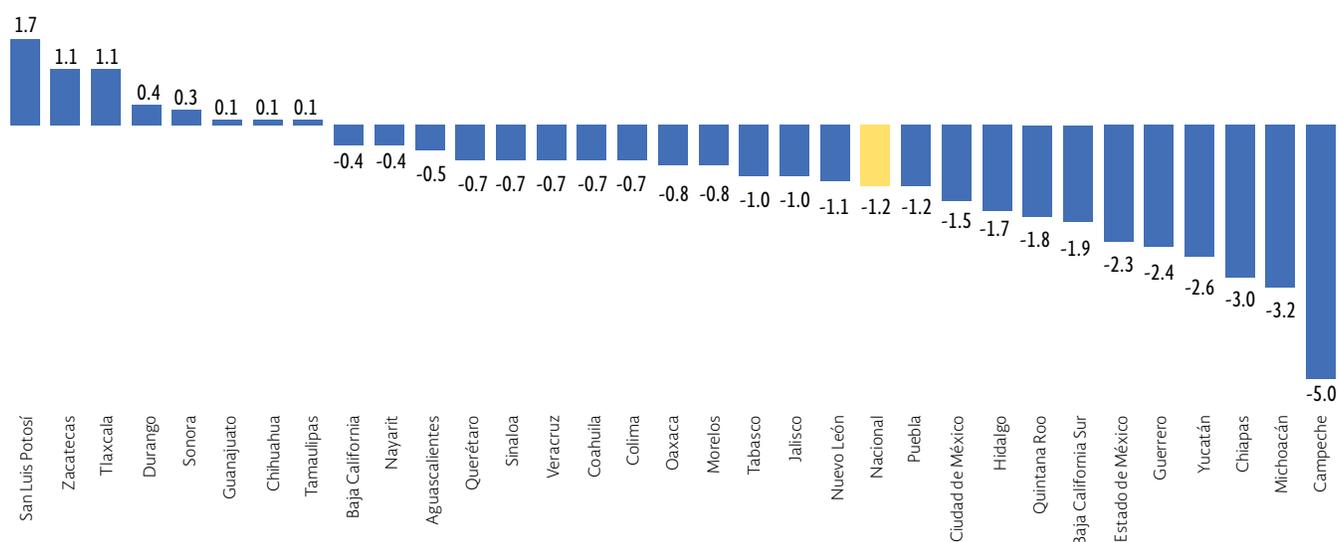
^{1/} Para 2008, salario mínimo de 52.59 pesos y para 2017, UMA de 75.49 pesos.

Fuente: Dirección de Incorporación y Recaudación, IMSS.

GRÁFICA II.25.

Variación anual del salario real de asegurados trabajadores por entidad, 2017

(porcentajes al cierre de año)



Fuente: Dirección de Incorporación y Recaudación, IMSS.

II.2.2. Asegurados no trabajadores

Entre los asegurados no trabajadores afiliados al IMSS, a través del Seguro Facultativo, están los estudiantes de nivel medio superior y superior³⁴, mismos que se incorporan al Instituto mediante un Acuerdo Presidencial del 10 de junio de 1987³⁵.

El Decreto Presidencial establece la obligatoriedad del IMSS de otorgar las prestaciones en especie del Seguro de Enfermedades y Maternidad a este grupo de asegurados. Para financiar estos servicios, el Gobierno Federal cubre una prima de 1.723% del salario mínimo vigente. Desde el inicio de operación de esta modalidad de aseguramiento, el esquema de prestaciones médicas que se proporciona se ha ampliado. En la actualidad, los estudiantes reciben atención médico-quirúrgica, farmacéutica, hospitalaria y asistencia obstétrica, así como acceso a programas de chequeo médico, prevención de riesgos de salud, salud sexual y reproductiva, y campañas de vacunación para prevenir enfermedades.

³⁴ Los estudiantes se afilian al Instituto en la modalidad 32 (Seguro Facultativo). Además de estudiantes, en esta modalidad se afilia a familiares de la Comisión Federal de Electricidad y del personal del IMSS.

³⁵ El Acuerdo quedó abrogado por el Decreto del 14 de septiembre de 1998 y está vigente hasta la fecha.

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

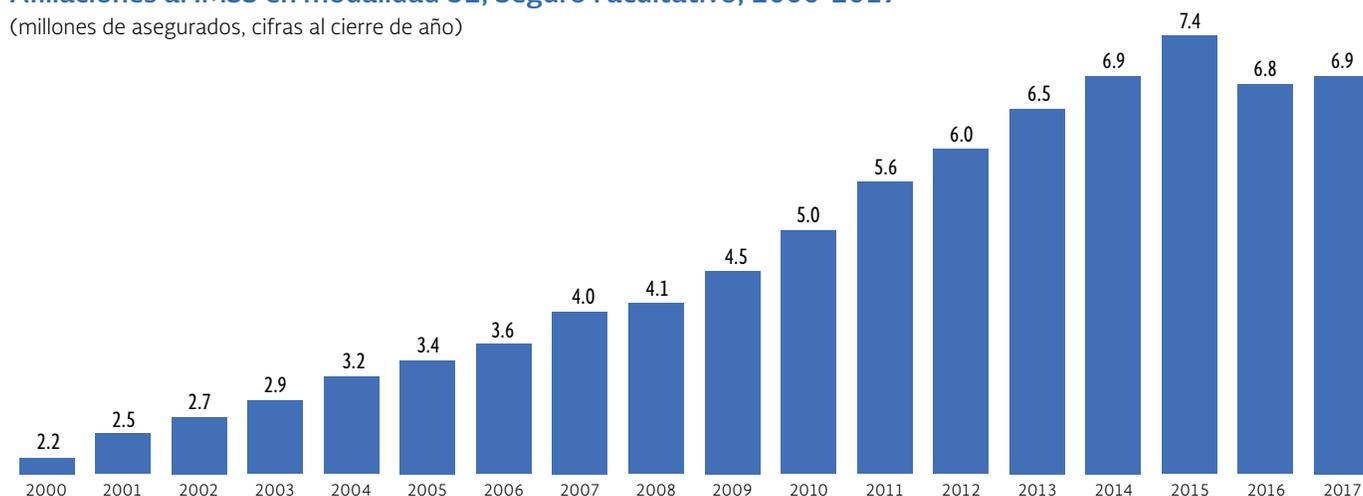
Para el IMSS, la asignación de NSS *únicos* y *permanentes* significó un mejor control y registro en la afiliación de estudiantes. Con ello se evita el aseguramiento de un mismo estudiante en más de una institución escolar. En 2017 se completó la generación y entrega de NSS a estudiantes, de tal manera que para el cierre de ese año se contaba con 6.9 millones de afiliaciones en la modalidad 32, del Seguro Facultativo (gráfica II.26)³⁶.

³⁶ La disminución de 7.4 a 6.9 millones de afiliaciones en la modalidad 32, de 2015 a 2017, es resultado del mejor registro en el aseguramiento en esta modalidad de Seguro Facultativo.

GRÁFICA II.26.

Afiliaciones al IMSS en modalidad 32, Seguro Facultativo, 2000-2017

(millones de asegurados, cifras al cierre de año)



Fuente: Dirección de Incorporación y Recaudación, IMSS.

Con esta medida, además de garantizar el derecho a servicios de salud a los estudiantes, se busca que lo conozcan y aprovechen. Así, los estudiantes de estos niveles de educación que se accidenten o enfermen no tendrían que pagar un doctor, medicinas, estudios de laboratorio y hospitales, ni sacrificar recursos que pueden destinar a otras necesidades, como su formación profesional. Esto es, más que un gasto, el Seguro de Salud para Estudiantes representa una inversión, ya que además de apoyarlos para que los problemas de salud no representen un obstáculo en la continuidad de sus estudios, se da un giro en el IMSS al complementar un esquema curativo con uno preventivo, desde edades jóvenes, ya que, a través de la estrategia PREVENIMSS, se promueve entre la comunidad estudiantil la cultura de la prevención.

En cuanto al financiamiento del seguro, la cuota que aporta el Gobierno Federal por cada estudiante está indexada al salario mínimo vigente³⁷, lo que ha provocado que se deprecie en términos reales, al crecer por debajo de la inflación. Es decir, la cuota anual establecida en 1989 igual a 63 pesos por estudiante, es igual a 475 pesos en

2017; mientras que, esta misma reexpresada en pesos de 2017 ascendería a 840 pesos (gráfica II.27).

En 2017, a la población de estudiantes se le otorgaron 1.8 millones de consultas (74% de medicina familiar, 14% de especialidades y 12% de urgencias). Los principales motivos de atención médica fueron los siguientes:

- En medicina familiar: embarazo, parto y puerperio (22%); enfermedades del sistema respiratorio (17%), y enfermedades del sistema digestivo (6%).
- En atención por urgencias hospitalarias: embarazo, parto y puerperio (29%); traumatismos y envenenamientos (19%), y enfermedades del sistema digestivo (8%).
- Se detectaron 879 posibles casos de hipertensión arterial; 428 de algún tipo de cáncer³⁸; 416 de diabetes mellitus y 6 con alguna enfermedad de atesoramiento lisosomal³⁹.

Asimismo, en ese año se registraron 54 mil egresos hospitalarios, de los cuales 59% fueron por embarazo, parto y puerperio. El costo promedio por la atención

³⁷ Con base en el Acuerdo ACDO.SA2.HCT.250117/26.PDJ del H. Consejo Técnico del 25 de enero de 2017, a partir de ese año la base de aportación de esta cuota es la Unidad de Medida y Actualización (UMA).

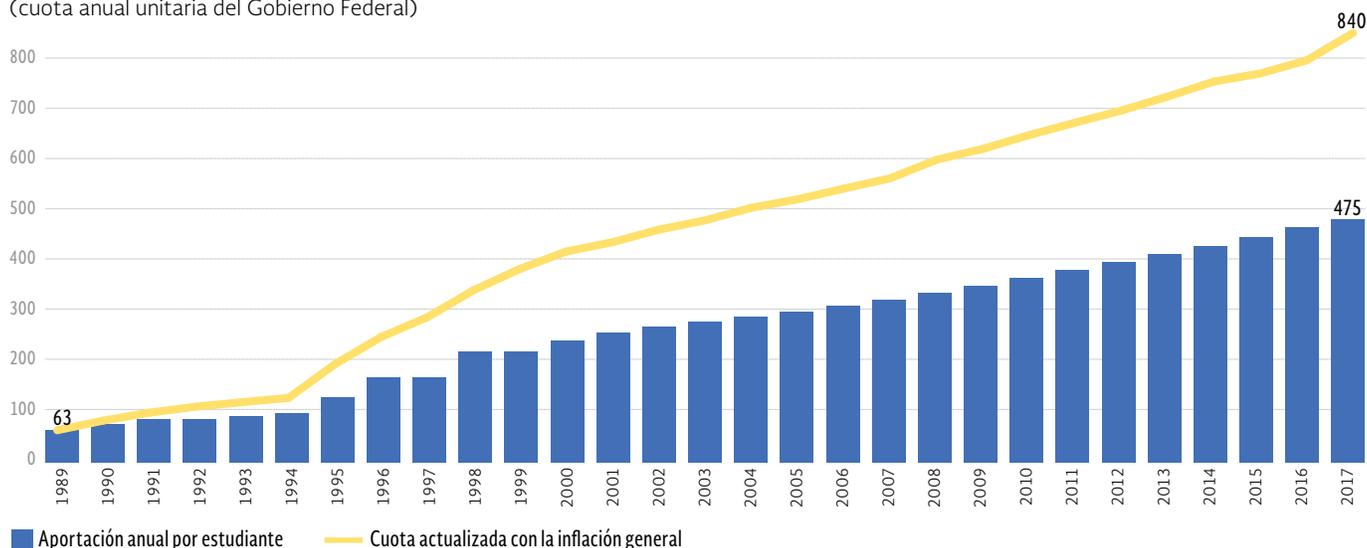
³⁸ Los tipos de cáncer identificados fueron por: mama, cérvico uterino, próstata, colon-rectal, pulmón, estómago, hígado; leucemia linfocítica y mielocítica; y, linfoma Hodking y no Hodking.

³⁹ Estos casos se estimaron a partir de las consultas de medicina familiar y de especialidades de primera vez, por clave CIE-10, de cada padecimiento.

GRÁFICA II.27.

Poder adquisitivo de la aportación anual por estudiante, 1989-2017

(cuota anual unitaria del Gobierno Federal)



Fuente: Dirección de Finanzas, IMSS.

de un embarazo se estima en 35 mil pesos, lo cual es 73 veces la aportación anual por estudiante.

II.2.3. Pensionados

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

La gráfica II.28 muestra que el número de pensiones pagadas mantiene una tasa de aumento promedio

anual de alrededor de 4.4% durante el periodo 2008-2017. Al cierre de 2017 se registró un total de 3'842,761 pensiones (no IMSS), mientras que el número de pensiones asociadas a ex trabajadores del IMSS alcanzó una cifra de 288,973. Como resultado, al cierre de 2017, el IMSS cubría a 4'131,734 pensionados.

II.2.4. Beneficiarios de asegurados y pensionados

En el registro del padrón del IMSS se contabiliza tanto a los derechohabientes titulares como a sus beneficiarios (cuadro II.4)⁴⁰.

i) Titulares⁴¹:

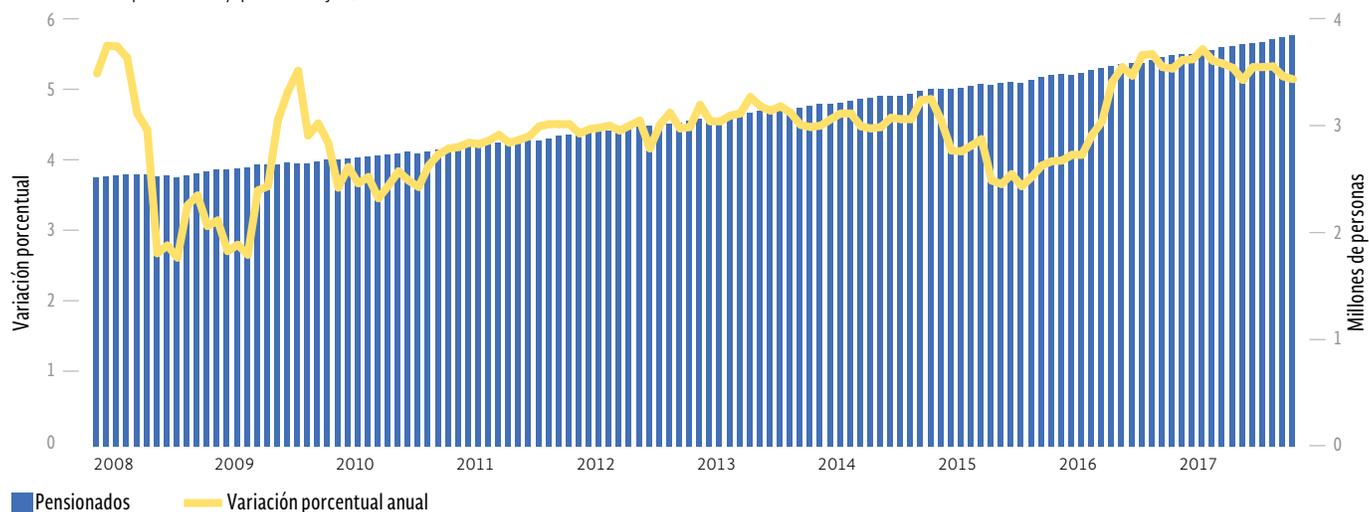
- a. Asegurados y pensionados que fueron presentados en las secciones anteriores. Al cierre de 2017, se contabilizan 26'802,451 asegurados (trabajadores y no trabajadores), con nombre

⁴⁰ El Artículo 84 de la Ley del Seguro Social considera beneficiarios con derechos a: i) esposa(o) o concubina(o); ii) hijos menores de 16 años o mayores incapacitados, y iii) padre y madre que vivan con el titular.

⁴¹ La cifra de 31'549,080 derechohabientes titulares al cierre de 2017 incluye duplicidades del tipo de pensionados con aseguramiento vigente (por ejemplo, una persona que recibe una pensión por viudez y al mismo tiempo mantiene un empleo remunerado y subordinado), contabiliza a asegurados en baja, pero con conservación de derechos, y considera a las pensiones derivadas que refieren a pensiones pagadas a beneficiarios de titulares fallecidos.

GRÁFICA II.28.
Pensionados, 2008-2017^{1/}

(millones de personas y porcentajes, al cierre de cada mes)



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

Fuente: Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales, IMSS.

CUADRO II.4.
Población derechohabiente del IMSS, sin IMSS-PROSPERA, 2017

(cifras al cierre del año)

Tipo de afiliación	Derechohabientes
Titulares^{1/}	31,549,080
Asegurados	26,802,451
Trabajadores	19,418,455
No trabajadores	7,383,996
Pensionados	4,131,734
Pensionados no IMSS	3,842,761
Pensionados IMSS	288,973
Asegurados no vigentes con conservación de derechos	614,895
Familiares	34,537,709
Adscritos	24,264,843
Asegurados	21,010,941
Pensionados	2,562,468
Asegurados no vigentes con conservación de derechos	691,434
No Adscritos	10,272,866
Total	66,086,789

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

Fuente: Dirección de Incorporación y Recaudación, IMSS.

y apellidos, semanas de cotización, una historia salarial, una empresa asociada, y de los que cada mes se recibe el pago de sus contribuciones, así como 4'131,734 pensionados, con nombre y apellidos, y a los que mes a mes se les paga su pensión. De este grupo, 97% cuenta con el dato de Clave Única de Registro de Población (CURP).

- b. Asegurados en baja, pero en conservación de derechos que refieren a personas dadas de baja del IMSS pero que cubren, inmediatamente antes de tal privación, un mínimo de 8 cotizaciones semanales ininterrumpidas. Al cierre de 2017, se contabilizan 614,895 asegurados, 96% de este grupo cuentan con el dato de la CURP.
- ii) Familiares derechohabientes de los titulares. Al cierre de 2017, se identificaron 24'264,843 beneficiarios adscritos a una clínica, con nombre y apellidos, parentesco con su titular, fecha de nacimiento y alrededor de 83% con la CURP identificada en los sistemas del IMSS. Adicionalmente, se estima que existen 10'272,866 que son familiares de los titulares, pero que no han sido adscritos a una clínica

del IMSS⁴². Esto ocurre porque el titular en ocasiones no da de alta a su familiar sino hasta que sucede un siniestro. Estos usuarios potenciales deben ser considerados como derechohabientes, ya que en cualquier momento pueden requerir los servicios del Instituto. Esto es, se contabiliza a un total de 34'537,709 derechohabientes familiares.

Al considerar las afiliaciones efectivas de titulares y sus beneficiarios, se obtiene una población derechohabiente de 55'813,923 adscripciones a Unidad de Medicina Familiar (UMF)⁴³, plenamente identificadas y 91.1% de ellas con CURP asociada en los sistemas del IMSS, al cierre de 2017. En la siguiente sección se describen los más recientes avances en el registro de esta Clave Única.

Finalmente, al considerar a los más de 10.3 millones de beneficiarios no adscritos, pero con derecho, la población cubierta por el Instituto (sin considerar IMSS-PROSPERA)⁴⁴ alcanza las 66'086,789 personas al cierre de 2017 (gráfica II.29), lo que representa más de 53% de la población del país⁴⁵.

GRÁFICA II.29.

Población derechohabiente^{1/} y adscrita al IMSS, sin IMSS-PROSPERA, 2008-2017^{2/}

(millones, cifras al cierre de cada año)



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

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

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

⁴² La estimación de beneficiarios no adscritos se realiza a partir de coeficientes familiares, que expresan el número promedio de personas que de acuerdo con la Ley del Seguro Social pueden considerarse como beneficiarios de cada trabajador afiliado al IMSS. Estos coeficientes se computan a partir de fuentes externas, como los censos y encuestas publicadas por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía. La estimación de 10'272,866 beneficiarios potenciales involucra 4 coeficientes: Un coeficiente familiar de 1.639 aplicable a trabajadores asegurados; uno de 1.838 para pensionados por riesgos de trabajo; 1.68762 para pensionados por invalidez y vida, y 0.92119 para pensionados por retiro, cesantía y vejez. A los asegurados no trabajadores no se les asocia ningún beneficiario, ya que no tienen ese derecho.

⁴³ En los registros del IMSS se identifica a personas adscritas en más de una modalidad de aseguramiento o incluso a personas pensionadas con aseguramiento vigente (por ejemplo, una persona que recibe una pensión por viudez y al mismo tiempo mantiene un trabajo remunerado y subordinado). A estos casos, poco frecuentes en la cifra de población derechohabiente, se les contabiliza más de una vez.

⁴⁴ Consultar el Capítulo VIII para cifras del padrón de IMSS-PROSPERA.

⁴⁵ Se considera la población del país reportada por el Consejo Nacional de Población (CONAPO), referente a cifras de junio de cada año. La población, al cierre de 2017, se estimó como el promedio a mitad de año de 2017 y 2018, cifra de 124'128,029 personas.

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

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

Además de contar con mayor información personal de los derechohabientes, la CURP permite identificar a personas afiliadas al IMSS con más de un tipo de afiliación, por ejemplo, una mujer asegurada como trabajadora y como beneficiaria esposa⁴⁶. A medida que el padrón de derechohabientes adscritos en el IMSS se complete con el dato de la CURP será posible contabilizar una cifra relativa al número de asegurados con más de un tipo de afiliación.

En 2011 se contaba con 36.9 millones de derechohabientes con el dato de la CURP (77.8% del total de adscritos), y al cierre de 2017 esta cifra era de 50.9 millones (91.1% del total de adscritos)⁴⁷. Este aumento tan significativo en el poblamiento del dato de la CURP permitió estimar el número de *personas* en el IMSS con más de un tipo de afiliación (por ejemplo, mujer trabajadora y beneficiaria como esposa), de 4 millones de derechohabientes.

Contabilizando solo una vez a las *personas* con más de un tipo de afiliación, se estima un total de 51.7 millones de derechohabientes *personas* adscritas al IMSS (gráfica II.30), 90.4% de ellas con el dato de la CURP.

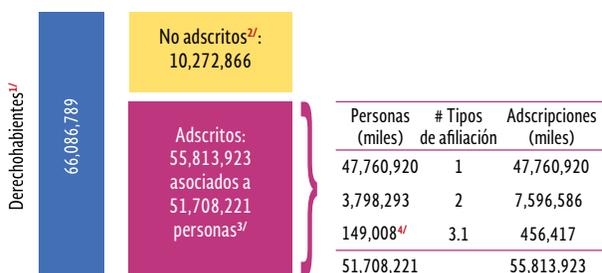
⁴⁶ Actualmente una mujer con dos tipos de afiliación mantiene dos números de seguridad social: un NSS como trabajadora titular y el NSS de su esposo como beneficiaria de su titular. Actualmente, el único dato que permite conocer que se trata de la misma persona es la CURP.

⁴⁷ Este avance en el poblamiento del dato de la CURP es resultado tanto del cruce de información con el Registro Nacional de Población e Identificación Personal (RENAPO) y con el Seguro Popular, como de la estrategia de digitalización de trámites llevada a cabo en esta Administración. En este proyecto de IMSS Digital se han generado llaves de acceso que evitan la incorporación de información inválida de la CURP u omisa en todos los trámites realizados en línea, y hacia adelante se busca que los derechohabientes puedan, además, solicitar la corrección y actualización de datos, entre ellos de la CURP, de una manera ágil y sencilla.

GRÁFICA II.30.

Estimación de la cifra de derechohabientes, adscritos y asociados a personas, 2017

(cifras al cierre del año)



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

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

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

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

Fuente: Dirección de Incorporación y Recaudación, IMSS.

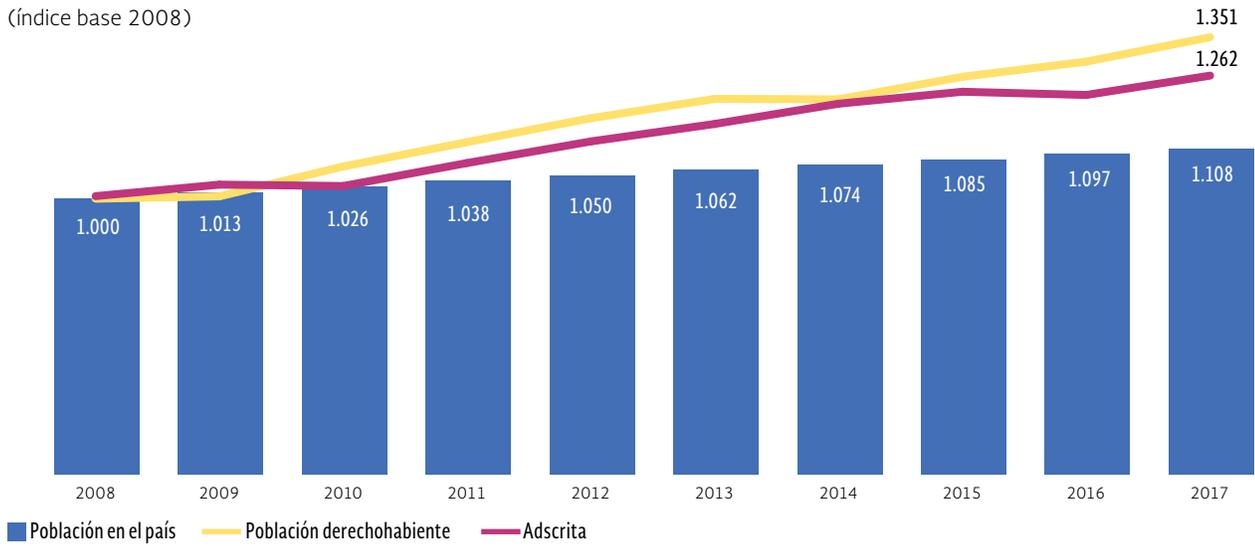
Cobertura de seguridad social

En los últimos 10 años se observan mejoras en la cobertura de seguridad social del IMSS. En este periodo de 2008 a 2017, el aseguramiento en el Instituto se ha ampliado de manera significativa, con un crecimiento que duplica el de la población. Esto es, mientras que la población en el país aumentó en 10.8%, en ese mismo lapso de 10 años, la población adscrita al IMSS aumentó en 26.2%. Si se considera a la población potencial, no adscrita pero con el derecho, la diferencia en crecimiento es aún mayor. En los últimos 10 años, la población derechohabiente potencial del IMSS creció en 35.1%, más de 3 veces el crecimiento de la población del país (gráfica II.31).

GRÁFICA II.3.1.

Población en el país, derechohabiente^{1/} y adscrita, 2008-2017^{2/}

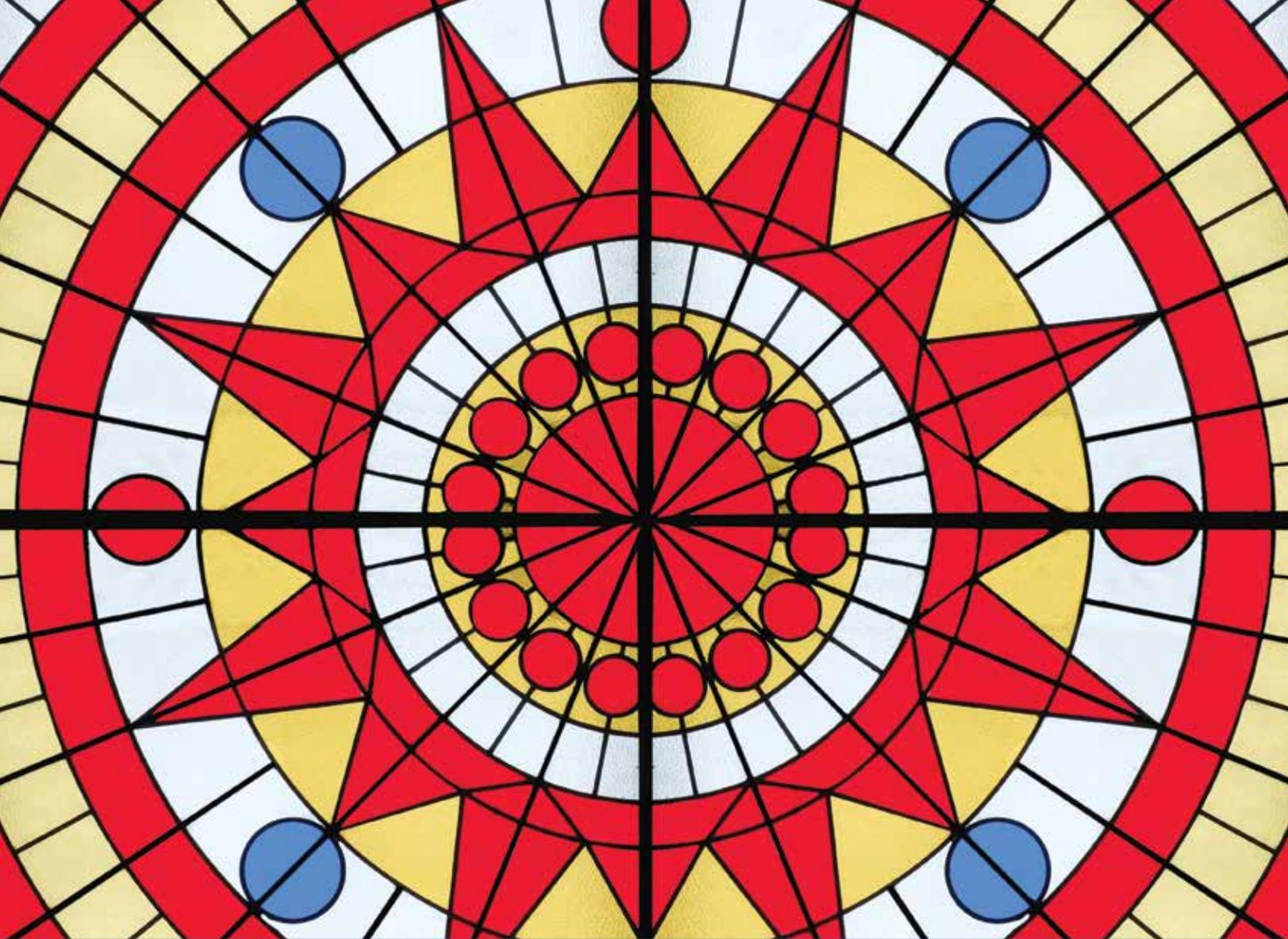
(índice base 2008)



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

^{2/} Para población derechohabiente, adscrita y potencial, se utiliza el dato de cierre de cada año. Para la población total, se utiliza el promedio entre la cifra de mitad del año vigente y la del año siguiente (124.1 millones de habitantes).

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



Seguro de Riesgos de Trabajo

Capítulo III

Este capítulo presenta la situación financiera del Seguro de Riesgos de Trabajo (SRT) al cierre de 2017 y detalla las acciones emprendidas por el Instituto a fin de garantizar los servicios para los que fue creado, bajo los más altos estándares de calidad y calidez, a través de una simplificación administrativa, en armonía con los avances tecnológicos y un estricto ejercicio de los recursos, lo que contribuye a la viabilidad financiera del seguro.

El informe de la situación financiera y las políticas de fortalecimiento de la administración del SRT, comprende 5 secciones:

- Sección III.1. Describe los riesgos cubiertos por el SRT y presenta un diagnóstico de la situación actual con relación al gasto de las prestaciones en dinero otorgadas por este seguro, las cuales incluyen los subsidios por incapacidad temporal para el trabajo, pensiones por incapacidad permanente

con carácter provisional o definitivo, así como las indemnizaciones globales.

- Sección III.2. Presenta el estado de actividades del SRT considerando 2 escenarios del costo neto: i) con registro parcial de los pagos realizados en el periodo por concepto del Régimen de Jubilaciones y Pensiones, de la Prima de Antigüedad e Indemnizaciones, y ii) con registro total de las citadas obligaciones laborales.
- Sección III.3. Muestra los resultados de la valuación actuarial del SRT, la cual presenta un diagnóstico técnico sobre la situación financiera de este seguro al 31 de diciembre de 2017. Estos resultados permiten determinar si la prima de ingreso es suficiente para hacer frente en el futuro a las obligaciones derivadas de las prestaciones en dinero y en especie que deberán otorgarse a los trabajadores afiliados al IMSS y a sus beneficiarios de acuerdo con lo que establece la Ley del Seguro Social (LSS), así como con los gastos de administración.
- Sección III.4. Detalla otras acciones que se han emprendido para garantizar la protección que brinda el SRT y contribuir a su viabilidad en el largo plazo. Se hace particular énfasis en las estrategias implementadas por los servicios de Salud en el Trabajo para optimizar y mejorar la calidad de sus procesos, así como en los cursos de capacitación impartidos en esta materia, y en medidas que permitan mejorar las condiciones de adquisición de las rentas vitalicias.
- Sección III.5. Delinea las acciones de política que se han llevado a cabo para fortalecer la protección que otorga el SRT actualmente y a futuro. Se destacan los resultados obtenidos y las estrategias previstas desde la incorporación del área de Salud en el Trabajo a la Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales.

III.1. Introducción

El IMSS otorga, a través del SRT, prestaciones en dinero y en especie a los trabajadores asegurados y sus familias, ante las siguientes contingencias derivadas de la actividad laboral: i) accidente de trabajo; ii) accidente en trayecto de su domicilio al centro laboral o viceversa; iii) enfermedad profesional ocasionada por la exposición constante al medio laboral; iv) muerte del asegurado o pensionado como consecuencia del riesgo de trabajo. También beneficia a las empresas al relevarlas del cumplimiento de las obligaciones que establece la Ley Federal del Trabajo⁴⁸ sobre la responsabilidad por esta clase de riesgos, al realizar las aportaciones de seguridad social.

En el IMSS existe un esfuerzo continuo para que cada vez más prestaciones se puedan tramitar a través de servicios digitales. En este sentido, para garantizar el otorgamiento de las prestaciones de forma ágil y eficiente se han emprendido acciones de simplificación y digitalización de trámites de prestaciones económicas. En materia de pensiones, durante 2017, se realizaron mejoras significativas al proceso para obtener una pensión por enfermedad o accidente, mediante la automatización de procesos internos y el fortalecimiento de los mecanismos de atención y orientación al asegurado, lo que se tradujo en una reducción de 50% en el tiempo de espera en el otorgamiento de este tipo de pensiones, así como en una visita menos a las ventanillas del Instituto por parte de los asegurados que realizan este trámite.

En lo relativo al otorgamiento de subsidios también se tuvieron mejoras sustanciales. En noviembre de 2017, se presentaron 2 nuevos servicios digitales en beneficio de los asegurados y de las empresas afiliadas: el Servicio de Alta de Cuenta Bancaria con el cual, sin acudir al banco y en un solo trámite, el asegurado puede recibir el pago de todas sus incapacidades directamente en su cuenta bancaria, y el Servicio de Consulta de Incapacidades en Línea que permite a patrones y asegura-

⁴⁸ Ley del Seguro Social, Artículo 53.

dos un seguimiento más cercano, puntual y en tiempo real de las incapacidades. De esta forma, es más sencillo y seguro el cobro de los subsidios por parte de los asegurados y, por primera vez, se cuenta con una herramienta digital que permite consultar el histórico de incapacidades, tanto al propio asegurado como a su empresa. Además, con este nuevo canal de pago no presencial, el Instituto amplía las opciones de pago de las prestaciones económicas en beneficio de sus derechohabientes.

El cuadro III.1 describe las prestaciones que el SRT otorga a los trabajadores y a sus beneficiarios ante la ocurrencia de un riesgo de trabajo.

La gráfica III.1 muestra los eventos que generan las prestaciones económicas del SRT.

El SRT cubrió, al cierre de 2017, a 19'214,088⁴⁹ trabajadores con las prestaciones señaladas anteriormente en el cuadro III.1. Este seguro es financiado a través de las cuotas que aportan los patrones y demás sujetos obligados⁵⁰, las cuales se fijan conforme al porcentaje determinado en la LSS, con relación al salario base de cotización y los riesgos inherentes a la actividad del patrón. Durante 2017, el IMSS otorgó con cargo al SRT prestaciones en dinero por un monto de 7,511 millones de pesos, 4% mayor que en 2016, en términos reales, que se distribuyen como se muestra en el cuadro III.2.

La incidencia de riesgos de trabajo no sólo determina el nivel de gasto que se hará con cargo al SRT, también impacta en la prima de riesgo que por Ley deben pagar las empresas al Instituto: una empresa con alta siniestralidad deberá cubrir una prima de riesgo mayor. Es decir, la ocurrencia de riesgos de trabajo repercute en las finanzas del IMSS y de las empresas. Es por ello que, históricamente, el Instituto ha realizado acciones para incidir en la reducción de accidentes y enfermedades profesionales.

⁴⁹ A diciembre de 2017, el IMSS registraba 19'418,455 trabajadores asegurados. El Seguro de Riesgos de Trabajo no cubre a los trabajadores al servicio de gobiernos estatales, municipales y organismos descentralizados (modalidad 36), de incorporación voluntaria del campo al Régimen Obligatorio (modalidad 43) y trabajadores independientes (modalidad 44).

⁵⁰ Las pensiones otorgadas al amparo de la Ley de 1973 son a cargo del Gobierno Federal, de acuerdo con lo establecido en los Artículos Tercero, Undécimo y Duodécimo Transitorios de la reforma a la Ley del Seguro Social, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 21 de diciembre de 1995 y vigente a partir del 1° de julio de 1997.

El Instituto brinda constantemente asesoría y apoyo técnico a empresas y trabajadores y, adicionalmente, ha emprendido diversas acciones con el objeto de evitar accidentes y enfermedades de trabajo, a través de mejoras a los estándares en materia de seguridad e higiene. Estas acciones incluyen impartición de cursos, investigaciones, estudios y programas preventivos de seguridad e higiene en el trabajo a empresas con alta siniestralidad.

Por otra parte, se desarrollaron acciones encaminadas a la mejora de la atención, detección y dictaminación de los probables accidentes y enfermedades de trabajo, con el objetivo de disminuir su subregistro, otorgar las prestaciones que correspondan al trabajador en este ramo de seguro y coadyuvar a las finanzas institucionales. Durante 2017, se dio continuidad a las medidas para asegurar la correcta prescripción de la incapacidad temporal para el trabajo de acuerdo con el tipo de enfermedad o accidente de trabajo.

III.1.1. Subsidio por incapacidad temporal para el trabajo

Ante la ocurrencia de un accidente o enfermedad profesional⁵¹, que incapacite parcial o totalmente al asegurado para desempeñar sus labores de forma temporal, el SRT protege los medios de subsistencia de los trabajadores y sus familias, mediante un subsidio por incapacidad temporal para el trabajo, equivalente a 100% del salario cotizado al momento de ocurrir el riesgo, que se paga desde el primer día que ampare el certificado de incapacidad y por el periodo completo que dure la misma⁵², todo esto dentro de un plazo máximo de 52 semanas.

En esta Administración se han tomado medidas para que los subsidios por incapacidad temporal para

⁵¹ O una recaída a causa del riesgo de trabajo, Ley del Seguro Social, Artículo 62.

⁵² Ley del Seguro Social, Artículo 58.

CUADRO III.1.

Prestaciones del Seguro de Riesgos de Trabajo

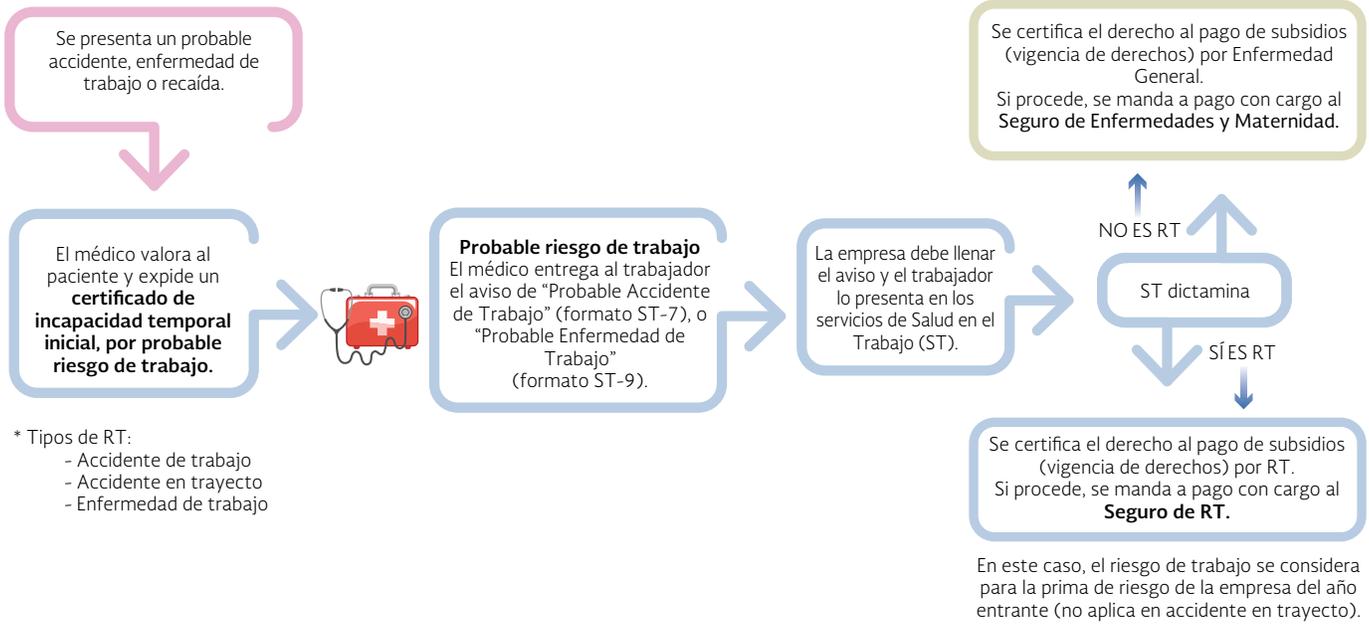
Tipo de prestación	Concepto y fundamento en la Ley del Seguro Social de 1997	Descripción	
El asegurado que sufra un riesgo de trabajo tiene derecho a las siguientes prestaciones:			
En especie	Asistencia médica, quirúrgica y farmacéutica Servicio de hospitalización Aparatos de prótesis y ortopedia Rehabilitación	Artículo 56 Prestaciones con cargo al Seguro de Riesgos de Trabajo	
	Servicios de carácter preventivo. Artículos 80 al 83	Regularización sobre prevención de Riesgos de Trabajo en los centros de trabajo. El Instituto establecerá programas para promover y apoyar la aplicación de acciones preventivas de riesgos de trabajo en las empresas de hasta cien trabajadores.	
Asegurados	Subsidio por incapacidad temporal para el trabajo. Artículo 58, fracción I	En 100% del salario base de cotización en el momento de ocurrir el riesgo, en tanto no se declare que se encuentra capacitado para trabajar, o bien se declare la incapacidad permanente parcial o total, lo que deberá realizarse dentro del término de 52 semanas.	
	Indemnización Global. Artículo 58, fracción III	El equivalente de cinco anualidades de la pensión que hubiese correspondido por incapacidad permanente parcial, cuando la valuación definitiva de ésta, sea hasta 25% o por elección del asegurado, cuando exceda de 25% y no rebase 50%.	
	Pensión por incapacidad permanente parcial. Artículos 58, fracción II, y 61	La cantidad que resulte de multiplicar 70% del salario base de cotización del asegurado en el momento de ocurrir el accidente de trabajo por la valuación de la incapacidad conforme a la tabla contenida en la Ley Federal del Trabajo. Para enfermedad de trabajo se calcula considerando el promedio del salario de las últimas 52 semanas cotizadas o las que tuviere si el lapso de cotización es menor. Tiene carácter de provisional durante un periodo de adaptación de 2 años, en el cual el Instituto podrá ordenar o, por su parte, el asegurado solicitar la revisión de la incapacidad con el fin de modificar la cuantía de la pensión. Transcurrido el periodo de adaptación de una pensión provisional, o cuando derivado de la valoración médica inicial se establezca que el riesgo de trabajo dejará secuelas permanentes e irreversibles, se otorga una pensión definitiva.	
	Pensión por incapacidad permanente total. Artículos 58, fracción II, y 61	El equivalente a 70% del salario base de cotización del asegurado en el momento de ocurrir el accidente de trabajo. En el caso de enfermedad de trabajo, el equivalente a 70% del promedio del salario de las últimas 52 semanas cotizadas o las que tuviere si el lapso de cotización es menor. Tiene carácter de provisional durante un periodo de adaptación de 2 años, durante el cual, el IMSS podrá ordenar la revisión de la incapacidad con el fin de modificar la cuantía de la pensión. Transcurrido el periodo de adaptación de una pensión provisional, o cuando derivado de la valoración médica inicial se establezca que el riesgo de trabajo dejará secuelas permanentes e irreversibles, se otorga una pensión definitiva.	
Beneficiarios	Asignaciones familiares y Ayuda asistencial. Artículo 59	La pensión de Incapacidad Permanente Total comprenderá las asignaciones familiares y la ayuda asistencial.	
	En dinero (con cargo al SRT)	Pensión. Artículos 64, fracciones II, III, IV, V y VI; 65 y 66	En caso de fallecimiento del asegurado, se otorgará con base en aquella de incapacidad permanente total que le hubiese correspondido: a) Viudez; equivalente a 40%. Se otorga al cónyuge sobreviviente, a falta de éste a la concubina o concubinario. Artículo 64, fracción II y Artículo 65. b) Orfandad; equivalente a 20%, si la orfandad es por la muerte de ambos padres, será equivalente a 30%. Se otorga a los hijos hasta los 16 años sin limitación o condición alguna, a los hijos mayores de 16 y hasta los 25 años cuando se encuentren estudiando en planteles del sistema educativo nacional y, en su caso, a los hijos totalmente incapacitados debido a una enfermedad crónica o discapacidad por deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales, que les impida mantenerse por su propio trabajo, hasta en tanto recupere su capacidad para el trabajo. Artículo 64, fracciones III, IV y V. c) Ascendencia; equivalente a 20%. Es otorgada a cada uno de los padres dependientes económicamente del asegurado, a falta de cónyuge, concubina o concubinario e hijos con derecho. Artículo 66, párrafo tercero. Las mismas reglas aplican para los beneficiarios al fallecimiento del pensionado por riesgo de trabajo.
		Ayuda para gastos de funeral. Artículo 64, fracción I	Pago en una sola exhibición de la cantidad equivalente a 60 días del salario mínimo general ^{1/} que rija en el Distrito Federal a la fecha de fallecimiento.

^{1/} En atención a los acuerdos ACDO.SA2.HCT.250117/26.P.DJ del 25 de enero del 2017 y ACDO.IN2.HCT.290317/72.P.DJ del 29 de marzo del 2017, a partir de 2017 las Ayudas de Gastos de Funeral se pagan con base en la Unidad de Medida y Actualización (UMA).

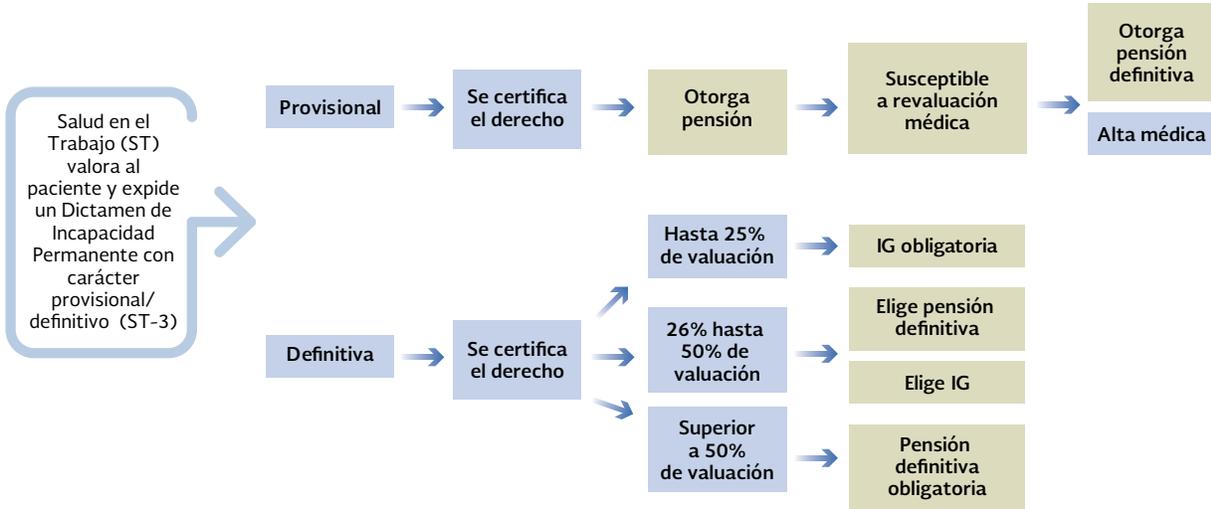
Fuente: Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales, IMSS.

GRÁFICA III.1.

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



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



Los Dictámenes de Incapacidad Permanente provisional tienen un límite máximo de 104 semanas. Este plazo puede ser menor si se determina el alta a laborar o una pensión por incapacidad permanente.

Pensiones definitivas.
No se requiere tener como antecedente directo una pensión provisional.

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

^{1/} Con cargo a este seguro también se otorgan ayudas para gastos de funeral a los deudos, en caso de fallecimiento del trabajador por un accidente o enfermedad de trabajo.
Fuente: Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales, IMSS.

el trabajo se otorguen de manera ágil y transparente a quienes tienen derecho a recibirlos. En este contexto y en línea con la estrategia institucional de digitalización de trámites, en noviembre de 2017, se presentaron 2 nuevos servicios digitales que benefician a los asegurados y a las empresas afiliadas al Instituto: i) Servicio de Alta de Cuenta Bancaria, y ii) Servicio de Consulta de Incapacidades en Línea.

El Servicio de Alta de Cuenta Bancaria permite a los asegurados registrar su cuenta bancaria, mediante el alta de su Clave Bancaria Estandarizada (CLABE), para recibir el subsidio de forma más segura y cómoda. Existen 2 formas de registro, a través del Escritorio Virtual con uso de e-firma y de manera presencial en la unidad médica de adscripción del asegurado con la opción de un preregistro virtual mediante Clave Única de Registro de Población (CURP) y correo electrónico. Los principales beneficios derivados de este servicio son:

- Con un solo trámite, el asegurado puede recibir el pago de todas sus incapacidades directamente en su cuenta bancaria.
- Se simplifica y facilita el cobro del subsidio, al no tener que acudir a las ventanillas del banco, particularmente, si su padecimiento les dificulta o les impide desplazarse.
- Para el Instituto, representa un ahorro financiero por comisiones bancarias.
- Se reducen las reposiciones de pago de las incapacidades canceladas por no haberse cobrado dentro del término establecido.

El Servicio de Consulta de Incapacidades en Línea permite a patrones y asegurados un seguimiento más cercano, puntual y en tiempo real de las mismas. Las modalidades de consulta son las siguientes:

- i) Consulta asegurado: es posible revisar el histórico de incapacidades que ha recibido el asegurado y

CUADRO III.2.

Distribución de las prestaciones del Seguro de Riesgos de Trabajo 2017

(millones de pesos)

Total de prestaciones en dinero	14,412
Con cargo al Seguro de Riesgos de Trabajo	7,505
Ayudas para gastos funerarios	1
Subsidios por incapacidad temporal para el trabajo	3,396
Indemnizaciones globales y laudos RT 97	612
Pensiones provisionales	687
Sumas aseguradas por rentas vitalicias (Ley 97)	2,809
Con cargo al Gobierno Federal	6,907
Pensiones definitivas (Ley 73, con cargo al Gobierno Federal)	6,907
Prestaciones en especie (servicio médico con cargo al SRT)	3,329
Prestaciones totales del Seguro de Riesgos de Trabajo	17,741

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

verificar el estatus de pago para su seguimiento.

- ii) Consulta patrón: permite la verificación de las incapacidades recibidas por sus trabajadores, otorgando una mejor herramienta para monitorear el ausentismo de su plantilla. Las empresas que tienen suscrito un Convenio de Pago Indirecto y Reembolso de Subsidios⁵³ también podrán descargar a través de esta herramienta sus facturas de pago.

Por otra parte, en lo referente al otorgamiento de subsidios por incapacidad temporal para el trabajo, se ha puesto especial énfasis para que la prescripción de la incapacidad guarde congruencia con la severidad del padecimiento, de acuerdo con las mejores prácticas internacionales, siempre con estricto respeto y apego a la prevalencia del criterio del médico tratante. En este sentido, en 2017, se consolidaron las medidas de coordinación entre las áreas involucradas en el proceso de las prestaciones económicas, siendo un factor clave la actualización del “Manual de Integración y Funcionamiento del Comité para el Control de la Incapacidad Tempo-

⁵³ En este esquema, el patrón, vía nómina, paga el subsidio y el IMSS le reembolsa quincenalmente el importe a través de una transferencia interbancaria. En las facturas se detallan los periodos de incapacidad de los trabajadores, el monto de subsidio que le corresponde a cada uno y el ramo de aseguramiento.

ral para el Trabajo (COCOITT)⁵⁴. En éste se plantea el carácter transversal de la incapacidad temporal para el trabajo y que, por lo tanto, las causas médicas (procedimientos, diagnósticos y decisiones terapéuticas en los niveles de atención médica) y no médicas (disponibilidad y uso de recursos humanos, físicos y materiales) que generan días adicionales de incapacidad deberán ser atendidas por un equipo multidisciplinario a nivel normativo y delegacional. Adicionalmente, el intercambio de información entre las áreas de Prestaciones Económicas y Salud en el Trabajo con Prestaciones Médicas resulta fundamental para identificar áreas de oportunidad en materia de atención médica y del ejercicio estricto del gasto.

Durante 2017, también se realizaron acciones en todo el país para promover el uso de la expedición electrónica de incapacidades sobre la expedición manual, lo que permite realizar un seguimiento más puntual y oportuno del origen y las características del accidente o padecimiento que dio como resultado el pago del subsidio e identificar con mayor celeridad conductas anormales en la expedición de días subsidiados. En este

⁵⁴ El 28 de febrero de 2018, el H. Consejo Técnico dictó su aprobación sobre la actualización de dicho manual.

mismo año, el uso de la expedición electrónica de incapacidades en el primer nivel de atención se mantuvo con un porcentaje favorable (87.3%), superior a lo observado durante el ejercicio previo (86.6%). En 2018, continúa el reto de incrementar el porcentaje de expedición electrónica, para lograr mayores eficiencias en lo referente al abasto de *blocks*.

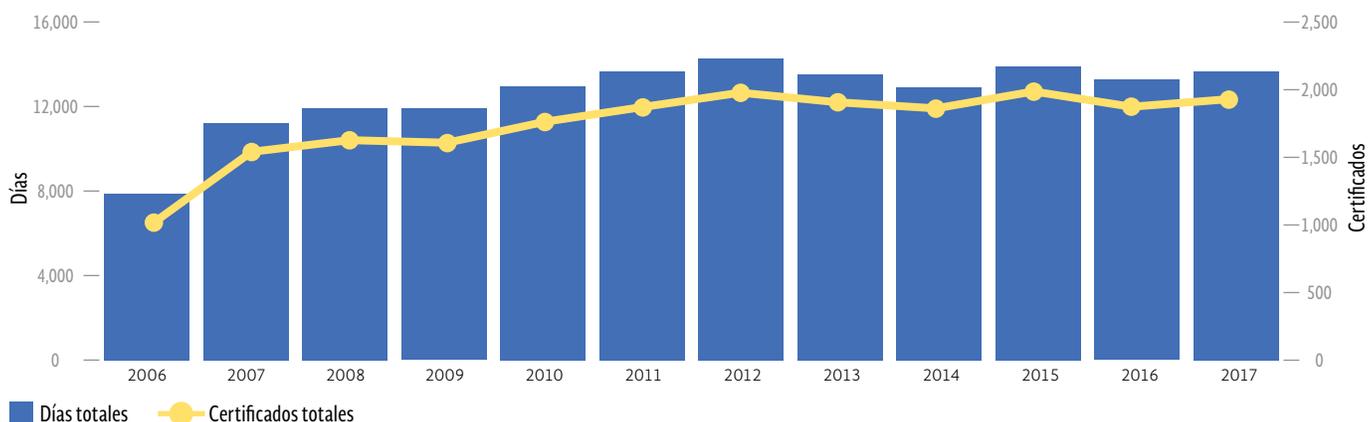
El volumen de días subsidiados (13.7 millones) y de certificados expedidos (1.9 millones) en 2017, muestran el alcance de la cobertura del SRT. En la gráfica III.2 se observa un crecimiento de estas variables con relación al año anterior.

Como consecuencia del aumento en la prescripción de días subsidiados, durante 2017, el gasto en subsidios por incapacidad temporal para el trabajo presentó un ligero incremento de 0.8%, en términos reales (gráfica III.3).

III.1.2. Pensiones

En materia de pensiones, dependiendo del padecimiento o las secuelas de un accidente o enfermedad profesional y de acuerdo con lo que se dictamine a través de la

GRÁFICA III.2.
Certificados y días de incapacidad del Seguro de Riesgos de Trabajo, 2006-2017
(miles de casos)

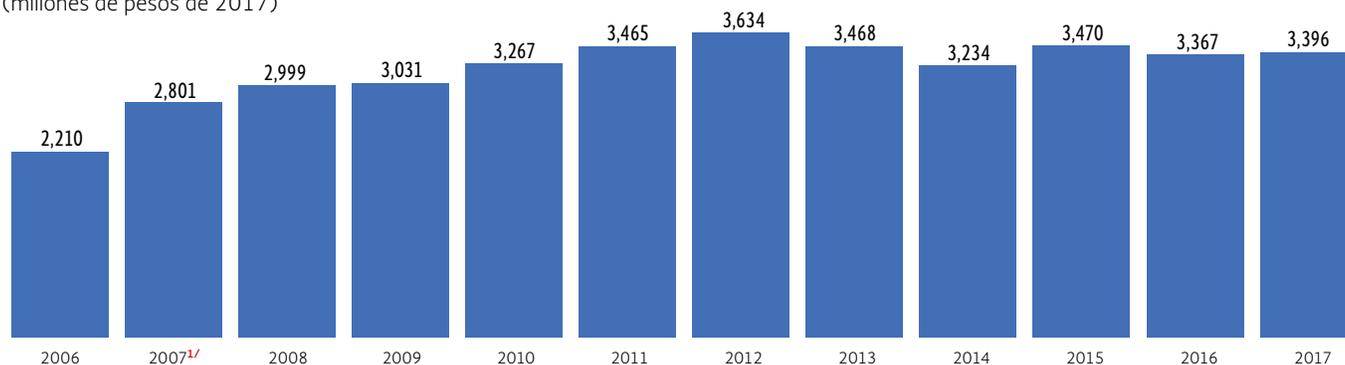


Fuente: Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales, IMSS.

GRÁFICA III.3.

Gasto en subsidios por riesgos de trabajo, 2006-2017

(millones de pesos de 2017)



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

Fuente: Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales, IMSS.

valoración médica que realiza el Instituto en los Servicios de Salud en el Trabajo, el trabajador asegurado puede acceder a una pensión por incapacidad permanente parcial o total. La pensión se podrá otorgar con carácter provisional o definitivo (cuadro III.1 y gráfica III.1).

Este tipo de pensiones impactan a un gran número de asegurados. Durante 2016, se emitieron 28 mil resoluciones de pensión por enfermedad o accidente que son cubiertas por el SRT (Incapacidad Permanente Parcial o Total e Indemnización Global), las cuales generaron hasta 6 visitas al IMSS y más de 3 meses de espera en promedio. Para 2017, se emitieron 5 mil resoluciones de pensión más que el año anterior. Como parte de las acciones de simplificación de los trámites de pensión, aunado a la incorporación del área de Salud en el Trabajo a la Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales (DPES), en 2017, el IMSS mejoró la orientación que brinda al derechohabiente y automatizó procesos internos con el objetivo de reducir el tiempo de espera y el número de visitas al Instituto de los solicitantes de pensión. Entre las acciones realizadas destacan:

- i) Implementación de un enlace automático para eliminar el trabajo manual (certificación automática del derecho).
- ii) Establecimiento de una guía que mejora los me-

canismos de atención y orientación al asegurado (adecuaciones normativas).

De esta forma, con dichas acciones se logró reducir en 51% la duración del proceso, lo que equivale a una disminución de 57 días en promedio por cada solicitud atendida. En este sentido, la suma del tiempo ahorrado de todas las pensiones por riesgo de trabajo gestionadas en el periodo de mayo a diciembre de 2017, equivaldría, de forma acumulada, a 17 siglos de tiempo que los asegurados no tuvieron que esperar para que se les otorgara esta prestación económica.

Actualmente, el IMSS trabaja en la digitalización de trámites para lograr que las pensiones derivadas de un accidente o enfermedad se otorguen en sólo 2 visitas por parte del asegurado, la primera a los servicios de Salud en el Trabajo para su valoración médica y la segunda en los servicios de Prestaciones Económicas para la firma de su resolución de pensión.

Pensiones provisionales

Los asegurados que como resultado de la valoración médica obtienen un dictamen por incapacidad permanente de carácter provisional tendrán derecho a una pensión por un periodo de adaptación máximo de 2 años⁵⁵. Durante este periodo de prueba, en cualquier momento,

⁵⁵ Ley del Seguro Social, Artículo 61.

tanto el Instituto como el trabajador asegurado podrán solicitar la revisión de la incapacidad, con el fin de modificar el monto de la pensión.

La gráfica III.4 muestra que el número de pensiones provisionales del SRT pasó de 18,605 en 2016 a 23,309 en 2017, con una nómina anual asociada de 587 y 687 millones de pesos de 2017, respectivamente. Así, el gasto en este rubro creció 17%, en términos reales, con respecto al año anterior.

Pensiones definitivas

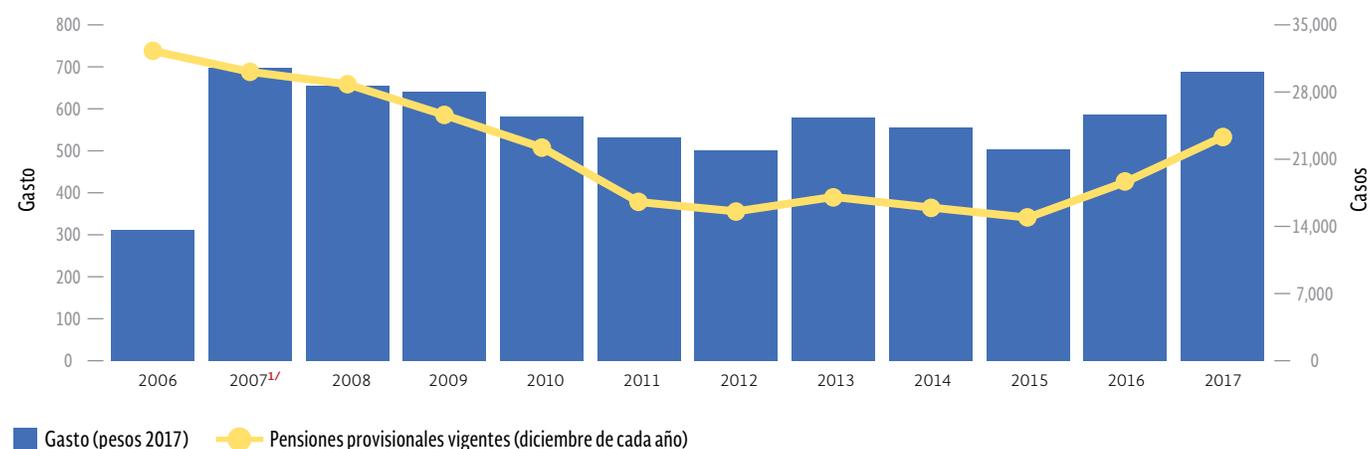
Se otorgará una pensión definitiva al trabajador cuando, derivado de la valoración médica inicial, se establece que el riesgo de trabajo dejará secuelas permanentes e irreversibles, o bien una vez transcurrido el periodo de adaptación de 2 años del trabajador que tenía una pensión provisional. En caso de la recuperación total de la lesión, se suspende el pago de la pensión.

Los trabajadores que hayan empezado a cotizar al IMSS antes del 1° de julio de 1997 podrán elegir entre la aplicación de la LSS que estuvo vigente hasta el 30 de junio de ese año (Ley de 1973) o de la nueva Ley (Ley de 1997). Las pensiones definitivas de los trabajadores que eligen la Ley de 1973 constituyen un pasivo a cargo del Gobierno Federal y no forman parte de los resultados de la valuación actuarial del SRT⁵⁶. La gráfica III.5 muestra que el número de pensiones definitivas (Ley de 1973) ha permanecido relativamente constante en los últimos 7 años, con lo que al cierre de 2017 la nómina de pensiones por incapacidad permanente del Instituto fue de 278,586 pensiones, con una nómina asociada de 6,907 millones de pesos.

Las pensiones otorgadas a los trabajadores con un dictamen con carácter de definitiva derivado de un riesgo de trabajo bajo el régimen de la Ley de 1997, son financiadas en parte con los recursos de las cuentas individuales de los trabajadores y complementadas por el

⁵⁶ De acuerdo con lo establecido en los Artículos Tercero, Undécimo y Duodécimo Transitorios de la reforma a la Ley del Seguro Social, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 21 de diciembre de 1995 y vigente a partir del 1° de julio de 1997.

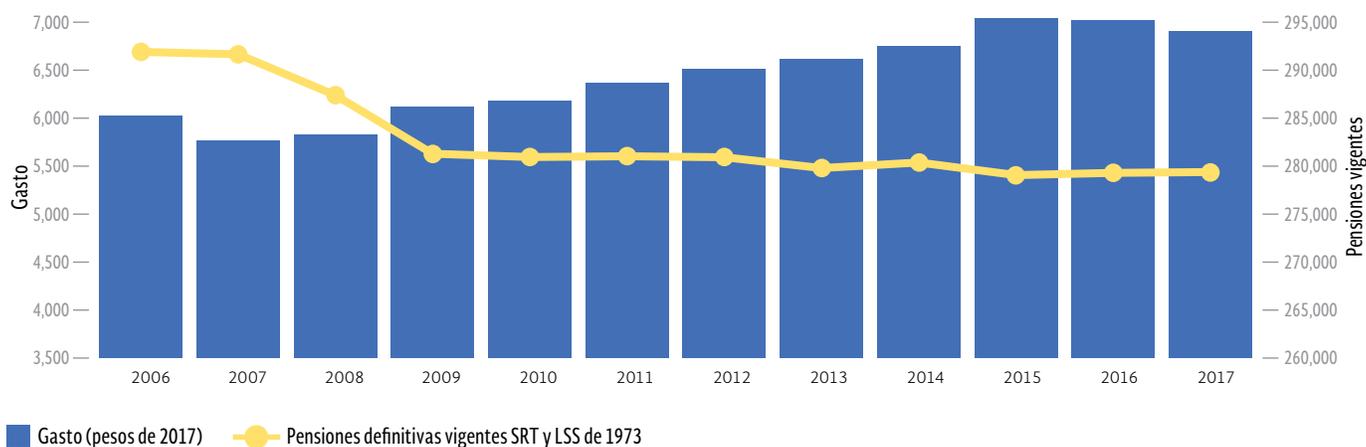
GRÁFICA III.4.
Pensiones provisionales vigentes y gasto, 2006-2017
(casos y millones de pesos de 2017)



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

GRÁFICA III.5.

Pensiones definitivas vigentes y gasto en el Seguro de Riesgos de Trabajo por la Ley de 1973, 2006-2017
(pensiones y millones de pesos de 2017)



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

Instituto. El pago de las mismas se realiza a través de la contratación de una renta vitalicia en el sector asegurador. El costo⁵⁷ de una renta vitalicia se denomina monto constitutivo. La gráfica III.6 muestra el número de rentas vitalicias y el costo de las sumas aseguradas⁵⁸.

Si bien la implementación del nuevo esquema de subastas de la tasa de interés técnico, efectuada a partir del 24 de enero de 2014, continúa representando un ahorro significativo para el Instituto en el costo de la cobertura de riesgos de trabajo, dicho esquema ha repercutido en otros aspectos del mercado de rentas vitalicias⁵⁹ al fomentar, principalmente, una mayor competencia entre los participantes y nivelar las condiciones en beneficio de las aseguradoras con baja presencia en el mercado.

⁵⁷ El precio de la renta vitalicia (monto constitutivo) se calcula con base en las notas técnicas aprobadas por el Comité del Artículo 81 de la Ley del Sistema de Ahorro para el Retiro (SAR).

⁵⁸ Los recursos que transfiere el IMSS a las aseguradoras para la compra de las rentas vitalicias se conocen como sumas aseguradas y se calculan restando al monto constitutivo los recursos que cada trabajador tiene en su cuenta individual, la cual es manejada por una Administradora de Fondos para el Retiro (AFORE).

⁵⁹ Las modificaciones al esquema de subastas de la tasa de interés técnico consistieron en: i) eliminación de la tasa de referencia representativa de los portafolios de inversión de las aseguradoras que dominaban el mercado; ii) la introducción de nuevas reglas para evitar la colusión, y iii) la incorporación de un incentivo económico para aquel trabajador que eligiera la aseguradora que le ofreciera al Instituto la tasa de interés más favorable, denominado Beneficio Adicional Único (BAU).

III.1.3. Indemnizaciones globales

Si como resultado de una valoración médica realizada durante o al término del periodo de adaptación de 2 años de pensión provisional se determina que, a consecuencia del riesgo de trabajo sufrido, se tiene un porcentaje de valuación de hasta 25%, se pagará al asegurado una indemnización global equivalente a 5 años de la pensión a que hubiera tenido derecho⁶⁰.

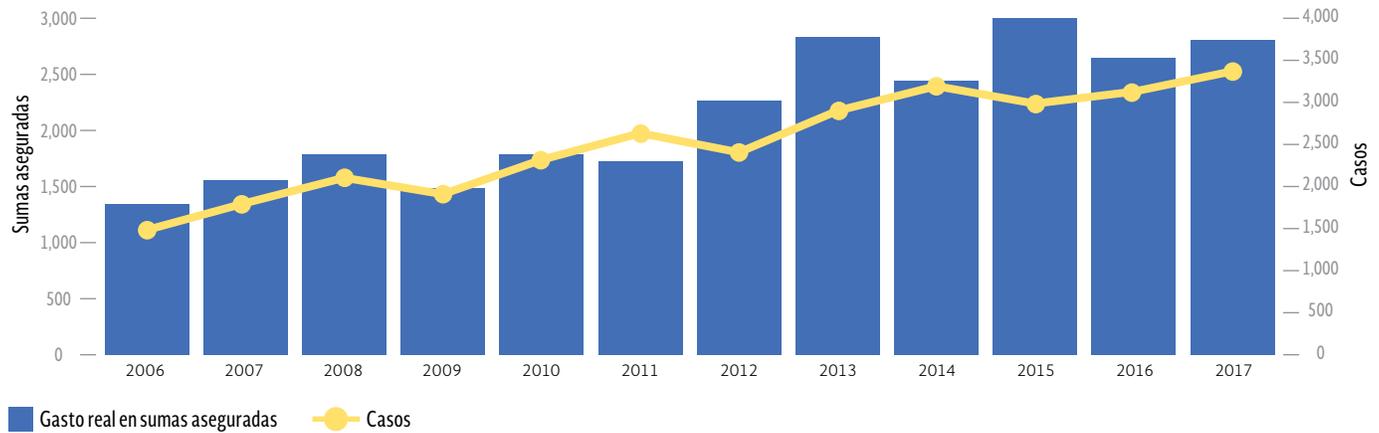
La gráfica III.7 muestra que en 2017 el número de indemnizaciones globales disminuyó 11.5% y el gasto presentó una ligera disminución de 0.6% real.

⁶⁰ Si la valuación de incapacidad definitiva es mayor a 25% y hasta 50%, es optativo para el trabajador solicitar una indemnización global o una pensión definitiva de incapacidad permanente parcial.

GRÁFICA III.6.

Rentas vitalicias y sumas aseguradas del Seguro de Riesgos de Trabajo, 2006-2017

(casos y millones de pesos de 2017)



Fuente: Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales, IMSS.

III.2. Estado de actividades

Con base en el Artículo 277 E de la Ley del Seguro Social, el cuadro III.3 presenta el estado de actividades del Seguro de Riesgos de Trabajo para el ejercicio 2017, considerando 2 escenarios para el reconocimiento del costo neto del periodo del Régimen de Jubilaciones y Pensiones: i) con registro parcial, mismo que se refie-

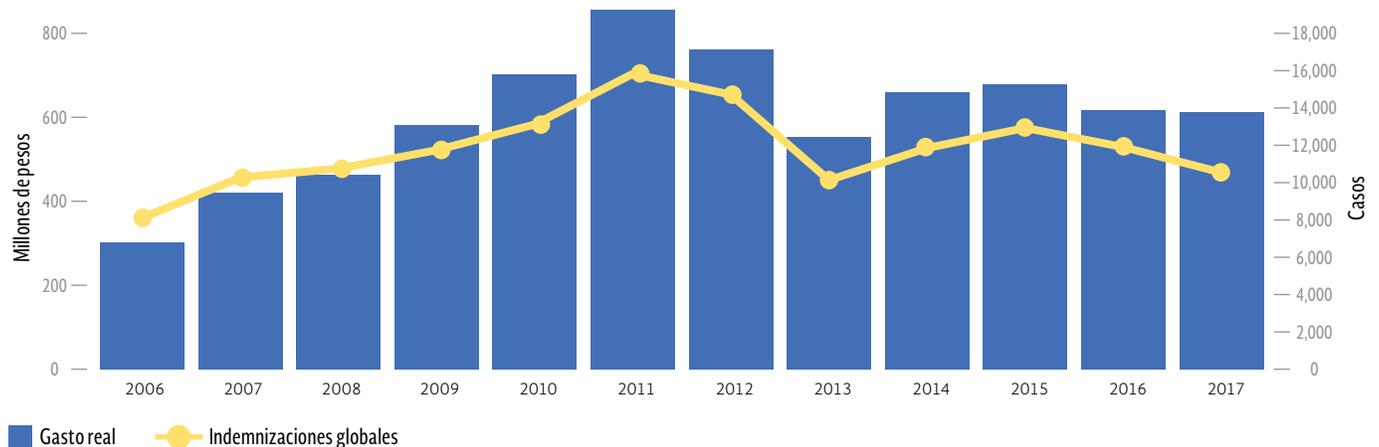
re a los pagos realizados por concepto del Régimen de Jubilaciones y Pensiones, y de la Prima de Antigüedad e Indemnizaciones, y ii) con registro total⁶¹. El resultado del ejercicio de este seguro fue un superávit de 12,239 millones de pesos con el registro parcial del costo neto del periodo de las obligaciones laborales del Instituto y un déficit de 74,294 millones de pesos con el efecto del reconocimiento total de estas obligaciones.

⁶¹ Para más detalles sobre el costo neto del periodo ver el Capítulo X, sección X.1.1.

GRÁFICA III.7.

Indemnizaciones globales y gasto erogado, 2006-2017

(casos y millones de pesos de 2017)



Fuente: Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales, IMSS.

CUADRO III.3.

Estado de actividades del Seguro de Riesgos de Trabajo, al 31 de diciembre de 2017

(millones de pesos corrientes^{1/})

Concepto	Con registro parcial	Con registro total
	Costo neto del periodo	Costo neto del periodo
Ingresos y otros beneficios		
Ingresos de la gestión		
Cuotas y aportaciones de seguridad social	41,157	41,157
Ingresos por venta de bienes y servicios		
Ingresos por venta de bienes y servicios de organismos descentralizados	46	46
Otros ingresos y beneficios		
Ingresos financieros		
Intereses ganados de valores, créditos, bonos	2,867	2,867
Otros ingresos y beneficios varios ^{2/}	1,126	1,065
Total de ingresos	45,195	45,134
Gastos y otras pérdidas		
Gastos de funcionamiento		
Servicios de personal ^{2/}	8,540	8,244
Materiales y suministros	2,361	2,361
Servicios generales y subrogación de servicios	958	958
Otros gastos y pérdidas		
Subsidios	7,506	7,506
Ayudas sociales, donativos y cuotas a organismos internacionales	19	19
Estimaciones, depreciaciones y deterioro	624	624
Otros gastos	9,361	9,361
Pagos a pensionados y jubilados IMSS ^{2/}	3,588	3,823
Costo por beneficios a empleados (RJP) ^{3/}	0	86,533
Total de gastos	32,957	119,428
Resultado del ejercicio	12,239	-74,294

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

^{2/} En el rubro de Otros ingresos y beneficios varios con registro total no se consideran 61 millones de pesos, por la recuperación de la nómina de jubilados del Programa IMSS-PROSPERA, ya que se incluye en el rubro de Pagos a pensionados y jubilados IMSS; asimismo, en el rubro de Servicios de personal con registro total no se consideran 296 millones de pesos en 2017, por los pagos por prima de antigüedad y las aportaciones del Instituto al Régimen de Jubilaciones y Pensiones, de acuerdo con las cláusulas contractuales, ya que están incluidas en el rubro de Pagos a pensionados y jubilados IMSS.

^{3/} El costo neto del periodo determinado por el despacho externo Lockton México Agente de Seguros y de Fianzas, S. A. de C. V. se integra por los rubros de Pagos a pensionados y jubilados IMSS y Costo por beneficios a empleados del Régimen de Jubilaciones y Pensiones; la determinación del costo neto de 2017 para Régimen de Jubilaciones y Pensiones y Prima de Antigüedad e Indemnizaciones en favor de los Trabajadores del Instituto Mexicano del Seguro Social se realizó considerando la NIF D-3 "Beneficios a los Empleados" y las Mejoras 2017, con lo que se elimina el factor de reconocimiento gradual de las partidas pendientes de amortizar en el cargo a resultados y se incorpora el reconocimiento inmediato del saldo pendiente de amortizar, por lo que para este seguro se realizó una asignación de 90,356 millones de pesos. Fuente: Dirección de Finanzas, IMSS, a partir de los Estados Financieros dictaminados al 31 de diciembre de 2017 y 2016, y de la Valuación Actuarial del Régimen de Jubilaciones y Pensiones y Prima de Antigüedad de los Trabajadores del Instituto Mexicano del Seguro Social bajo la Norma de Información Financiera D-3 "Beneficios a los Empleados", al 31 de diciembre de 2017 y Proyecciones para 2018.

III.3. Resultados de la valuación actuarial

La evaluación de la situación financiera de largo plazo del Seguro de Riesgos de Trabajo al 31 de diciembre de 2017 se realiza a través de la valuación actuarial y tiene como propósito:

- Evaluar si la prima que pagan las empresas es suficiente en el largo plazo para cubrir los gastos que se generan por el otorgamiento de las prestaciones en dinero, en especie y los que corresponden a los gastos de administración.
- Verificar si durante el periodo de proyección se prevé el uso de las reservas financieras y actuariales.

La valuación actuarial se elabora bajo un escenario base de supuestos demográficos y financieros, a partir de los cuales se elaboran 2 escenarios de sensibilidad denominados escenario de riesgo 1 (moderado) y escenario de riesgo 2 (catastrófico). Estos escenarios tienen como propósito medir el efecto que

podría registrar la estimación del gasto frente a cambios en alguno o varios de los supuestos adoptados para el escenario base. En el cuadro III.4 se muestran los supuestos más relevantes de la valuación actuarial de los escenarios valuados y en el Anexo C del presente Informe se hace una presentación más detallada de los supuestos adoptados.

III.3.1. Situación financiera de largo plazo

Para evaluar la situación financiera del Seguro de Riesgos de Trabajo se requiere de las proyecciones demográficas y financieras, las cuales consideran como base los siguientes elementos:

- Los beneficios por prestaciones en especie y en dinero que se otorgan a los asegurados conforme a lo que establece la Ley del Seguro Social y que se resumen en el cuadro III.1 de este capítulo.
- El número de asegurados que estará expuesto en el tiempo a un riesgo laboral que lo incapacite para el trabajo o le cause la muerte.
- El salario promedio de cotización.

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

Hipótesis	Base (%)	Riesgo 1 (%)	Riesgo 2 (%)
Financieros			
Tasa anual de incremento real de los salarios	0.34	0.34	0.34
Tasa anual de incremento real de los salarios mínimos	0.00	0.00	0.00
Tasa anual de incremento real de la Unidad de Medida y Actualización	0.00	0.00	0.00
Tasa de descuento	3.00	3.00	3.00
Tasa de rendimiento real anual de la Subcuenta de Retiro, Cesantía en Edad Avanzada y Vejez	3.50	3.50	3.50
Tasa de rendimiento real anual de la Subcuenta de Vivienda	2.50	2.50	--
Tasa de interés real anual para el cálculo de las anualidades (largo plazo)	3.00	2.50	2.00
Porcentaje promedio de asegurados que aportan a la Subcuenta de Vivienda, es decir, que no cuentan con un crédito hipotecario	50.00	50.00	--
Demográficos			
Incremento promedio anual de asegurados	1.20	1.20	1.20

Fuente: Dirección de Finanzas, IMSS.

- Los saldos acumulados en las cuentas individuales de los asegurados⁶².
- Las probabilidades de incapacitarse y de fallecimiento a causa de un riesgo de trabajo.
- Las probabilidades de muerte, de incapacidad permanente y de activos que emite la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas para el cálculo de los montos constitutivos para la contratación de las rentas vitalicias y de los seguros de sobrevivencia que se establecen en la LSS.
- Los gastos de administración, los cuales tienen incorporado el gasto correspondiente al Régimen de Jubilaciones y Pensiones⁶³.

El número de asegurados que se registró al cierre del ejercicio de 2017 asciende a 19'214,055; no obstante, para estimar el número de nuevas pensiones se consideraron sólo aquellos con derecho a las prestaciones en dinero y que ascienden a 18'951,658⁶⁴. Estos asegurados registraron un salario promedio mensual de 4.4 veces la Unidad de Medida y Actualización de 2017⁶⁵ y un saldo promedio en cuenta individual de 98,504 pesos para la Subcuenta de Retiro, Cesantía en Edad Avanzada y Vejez y 38,462 pesos para la Subcuenta de Vivienda.

Durante el periodo de proyección el número de asegurados tendrá movimientos por las siguientes causas:

- Bajas de la actividad laboral por el otorgamiento de una pensión⁶⁶, fallecimiento o desempleo.
- Incorporación de nuevos asegurados en cada año de proyección.

A partir de la proyección de los asegurados y de sus salarios, así como de la estimación del gasto por prestaciones en especie, en dinero y del gasto de administración se realiza la evaluación de la situación financiera del Seguro de Riesgos de Trabajo bajo 2 perspectivas:

- A través del comportamiento futuro de la prima de gasto anual⁶⁷ respecto de la prima de ingreso.
- A la fecha de valuación al comparar la prima media nivelada⁶⁸ que se presenta en el Balance Actuarial con la prima de ingreso.

El resumen de la estimación del gasto anual de los beneficios valuados se muestra en el cuadro III.5. Para los asegurados con afiliación hasta el 30 de junio de 1997 se simula la opción de elegir entre los beneficios por pensión de la Ley del Seguro Social de 1973 y la Ley del Seguro Social de 1997, considerándose en la evaluación financiera sólo los que se otorgan bajo la Ley de 1997. Además, el gasto del rubro de pensiones se divide en el que se deriva del otorgamiento de pensiones por incapacidad permanente parcial y total con carácter provisional y en el que proviene de las pensiones por incapacidad permanente parcial y total con ca-

⁶² Los saldos acumulados en la cuenta individual fueron proporcionados por la Comisión Nacional del Sistema de Ahorro para el Retiro.

⁶³ La proporción del gasto a cargo del IMSS en su carácter de patrón del Régimen de Jubilaciones y Pensiones que se asigna al Seguro de Riesgos de Trabajo es de 4.76%.

⁶⁴ El número de asegurados está conformado por los afiliados en las siguientes modalidades de aseguramiento según el régimen: Régimen Obligatorio: Modalidad 10: Trabajadores permanentes y eventuales de la ciudad; Modalidad 13: Trabajadores permanentes y eventuales del campo; Modalidad 14: Trabajadores eventuales del campo cañero; Modalidad 17: Reversión de cuotas por subrogación de servicios, y Modalidad 30: Productores de caña de azúcar. Régimen Voluntario: Modalidad 35: Patrones personas físicas con trabajadores a su servicio y Modalidad 42: Trabajadores al servicio de los gobiernos de los estados. Esta población incluye en la Modalidad 10 a los trabajadores del IMSS.

⁶⁵ El valor mensual de la Unidad de Medida de Actualización en 2017 fue de 2,294.90 pesos.

⁶⁶ El otorgamiento de una pensión puede ser por incapacidad permanente total o parcial, invalidez, cesantía en edad avanzada o vejez. A pesar de que se consideran todas las posibles bajas de la actividad laboral, para efectos de la estimación del gasto del Seguro de Riesgos de Trabajo sólo se evalúan los beneficios que generan un gasto a este seguro.

⁶⁷ Es la relación del gasto anual entre el volumen anual de salarios.

⁶⁸ La prima media nivelada resulta de dividir el valor presente del gasto de cada rubro entre el valor presente del volumen de salarios.

CUADRO III.5.

Resumen de las proyecciones financieras de la valuación actuarial del Seguro de Riesgos de Trabajo para el periodo de 2018-2117

(millones de pesos de 2017)

Concepto	2018	2019	2020	2030	2040	2050	2060	2070	2080	2090	2100	2110	2117
Prestaciones en especie ^{1/}	3,478	3,615	3,748	4,801	5,958	6,895	7,785	8,557	9,421	10,506	11,729	13,008	13,917
Pensiones ^{2/}	3,100	3,468	3,825	8,372	16,480	23,745	27,322	30,585	33,683	37,405	41,987	46,913	50,276
Prestaciones en dinero de corto plazo ^{3/}	3,934	4,088	4,230	5,905	8,119	10,369	12,414	14,421	16,735	19,627	22,989	26,695	29,460
Costo de administración ^{4/}	17,276	18,030	18,767	26,868	35,900	42,984	47,606	53,823	61,149	70,426	82,361	95,133	104,170
Total del gasto	27,787	29,200	30,570	45,946	66,456	83,993	95,127	107,386	120,987	137,963	159,067	181,749	197,823
Prima de gasto anual en porcentaje del volumen de salarios	1.26	1.28	1.29	1.43	1.61	1.70	1.70	1.75	1.79	1.83	1.89	1.95	1.98

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

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

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

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

Fuente: Dirección de Finanzas, IMSS.

rácter definitivo, las cuales generan el pago de sumas aseguradas⁶⁹.

A partir de la estimación de la prima de gasto anual que se muestra en el cuadro III.5 es posible analizar el comportamiento de la misma. Este análisis permite detectar los años en los cuales la prima de ingreso es inferior a la prima de gasto, lo que implica que se tenga que hacer uso de la reserva financiera y actuarial.

Bajo este contexto, la prima de gasto anual pasa de 1.26% del volumen de salarios en 2018 a 1.70% en 2050 y a 1.98% en el año 100 de proyección. Al comparar las primas de gasto respecto a la prima promedio de ingreso del SRT de 1.81% de los salarios, registrada en los últimos 3 años, se estima que para el periodo de 2018 a 2080 la prima de ingreso será suficiente para recabar los ingresos por cuotas necesarios para cubrir el gasto esperado. Para el periodo de 2080 a 2117 se prevé el uso de las reservas financieras y actuariales de este seguro para solventar los faltantes de ingresos en esos años.

⁶⁹ El gasto de las sumas aseguradas se calcula como la diferencia entre la estimación del monto constitutivo menos el saldo acumulado en la cuenta individual de los asegurados.

Otro indicador que permite evaluar la situación financiera de este seguro es el balance actuarial para el periodo de 100 años. En este se determina si el activo, formado por el saldo de la reserva financiera y actuarial a diciembre de 2017 más el valor presente de los ingresos futuros por cuotas⁷⁰, es suficiente para cubrir el valor presente del pasivo que se deriva por el pago de:

- Pensiones con carácter provisional y definitivo.
- Indemnizaciones globales y laudos.
- Subsidios y ayudas para gastos de funeral.
- Prestaciones en especie.
- Los costos de administración.

Los resultados del balance actuarial para el Seguro de Riesgos de Trabajo se muestran en el cuadro III.6.

Conforme a los resultados presentados en el balance actuarial, la prima media nivelada obtenida para el periodo de 100 años es de 1.66% de los salarios. Esta es inferior en 0.02 puntos porcentuales respecto a la de la

⁷⁰ El valor presente de los ingresos por cuotas se obtiene al aplicar al valor presente de los salarios la prima promedio de ingreso de los últimos 3 años que es de 1.81% de los salarios. La prima de ingreso conforme lo que establece el Artículo 72 de la Ley del Seguro Social se calcula por cada una de las empresas afiliadas al IMSS tomando en cuenta su siniestralidad.

valuación actuarial al 31 de diciembre de 2016 (1.68% de los salarios). Esta disminución se debe a una precisión que se realizó en el cálculo para la estimación del gasto de las indemnizaciones globales y laudos en la presente valuación actuarial.

La determinación de la prima media nivelada de 1.66% del valor presente del volumen de salarios indica que actuarialmente el seguro es financieramente viable. No obstante, para solventar los faltantes de ingresos en el largo plazo, será necesario que se considere en el mediano plazo realizar aportaciones a la reserva financiera y actuarial de este seguro.

Las proyecciones de la valuación actuarial se basan en supuestos demográficos y financieros, los cuales pueden variar en el tiempo, por tal motivo se evalúan 2 escenarios de sensibilidad que miden el efecto en el gasto por pensiones a partir de la modificación de algunos de los supuestos financieros:

- Escenario 1 (moderado), la tasa de interés de largo plazo para calcular los montos constitutivos del escenario base pasa de 3% a 2.5%⁷¹.
- Escenario 2 (catastrófico), supone que la tasa de interés de largo plazo para el cálculo de los montos constitutivos es igual a 2%, así como que ningún asegurado cuenta con saldo en la Subcuenta de Vivienda al momento de tener derecho a una pensión por incapacidad permanente o al momento del fallecimiento para el financiamiento de las pensiones derivadas.

El cuadro III.7 señala el resumen del valor presente de los resultados del escenario base y de los escenarios de riesgo para el periodo de 50 y 100 años, esto con la intención de verificar la situación financiera en diferentes periodos.

⁷¹ Para el periodo de 2018-2038 se utiliza una tasa para el cálculo de los montos constitutivos que va disminuyendo de forma gradual de 3.6% a 3% y para el periodo de 2039 en adelante se utiliza la tasa de 3%. Para el escenario de riesgo 1 se supone que la tasa de 3.6% disminuye de forma gradual hasta el año 2043 a 2.5% manteniéndose en el mismo nivel hasta el año 100 de proyección. En el escenario de riesgo 2 la tasa de 3.6% disminuye gradualmente hasta alcanzar 2% en el año 2048 y se mantiene así hasta el año 100 de proyección.

CUADRO III.6.

Balance actuarial a 100 años del Seguro de Riesgos de Trabajo, al 31 de diciembre de 2017^{1/}

(millones de pesos de 2017)

Activo	VPSF ^{2/} (%)		Pasivo	VPSF ^{2/} (%)	
Saldo de la reserva al 31 de diciembre de 2017 ^{3/} (1)	13,313	0.01	Gasto por pensiones (6)=(7)+(8)	612,258	0.41
			Sumas Aseguidas ^{5/} (7)	540,151	0.37
			Pensiones provisionales ^{6/} (8)	72,107	0.05
			Indemnizaciones globales y laudos (9)	105,497	0.07
Aportaciones futuras ^{4/} (2)	2,674,339	1.81	Subsidios y ayudas para gastos de funeral (10)	221,630	0.15
Subtotal (3)=(1)+(2)	2,687,652	1.82	Prestaciones en especie (11)	212,199	0.14
(Superávit)/Déficit (4)=(13)-(3)	-230,598	-0.16	Costo de administración (12)	1,305,470	0.88
Total (5)=(3)+(4)	2,457,054	1.66	Total (13)=(6)+(9)+(10)+(11)+(12)	2,457,054	1.66

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

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

^{3/} Reserva Financiera y Actuarial del Seguro de Riesgos de Trabajo, al 31 de diciembre de 2017.

^{4/} La prima utilizada para la estimación de los ingresos por cuotas es de 1.81% de los salarios y corresponde a la prima promedio obtenida en los últimos 3 años.

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

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

Fuente: Dirección de Finanzas, IMSS.

CUADRO III.7.

Resultados del escenario base y de los escenarios de sensibilidad de la valuación actuarial del Seguro de Riesgos de Trabajo

(valor presente en millones de pesos de 2017)

Gastos	Escenario 50 años de proyección			Escenario 100 años de proyección ^{5/}		
	Base	Riesgo 1	Riesgo 2	Base	Riesgo 1	Riesgo 2
Prestaciones en especie ^{1/}	140,960	140,960	140,960	212,199	212,199	212,199
Pensiones ^{2/}	349,017	352,320	369,988	612,258	619,276	656,796
Prestaciones en dinero de corto plazo ^{3/}	192,011	192,011	192,011	327,127	327,127	327,127
Costo de administración	817,856	817,856	817,856	1,305,470	1,305,470	1,305,470
Total del gasto (a)	1,499,844	1,503,147	1,520,814	2,457,054	2,464,072	2,501,592
Volumen de salarios (b)	96,655,051	96,655,051	96,655,051	147,753,553	147,753,553	147,753,553
Prima media nivelada^{4/} (a/b) X100	1.55	1.56	1.57	1.66	1.67	1.69

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

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

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

^{4/} Es la prima constante como porcentaje del volumen de salarios para el periodo de proyección, misma que permite captar los ingresos por cuotas suficientes para hacer frente a los gastos del Seguro de Riesgos de Trabajo.

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

Fuente: Dirección de Finanzas, IMSS.

La modificación de los supuestos afecta de forma directa el gasto por sumas aseguradas. Para el periodo de 50 años el rubro de pensiones se incrementó en 0.9% en el escenario de riesgo 1 y en 6% en el escenario de riesgo 2, ambos respecto al escenario base. Mientras que para el periodo de proyección de 100 años el gasto por pensiones se incrementa en 1.1% para el escenario de riesgo 1 y en 7.3% para el escenario de riesgo 2, respecto al escenario base.

En cuanto al impacto en la prima media nivelada del gasto por pensiones, para el escenario de riesgo 1 la prima registra un incremento de 0.3%, y para el escenario de riesgo 2 el incremento en la prima es de 1.8%.

De acuerdo con los resultados mostrados, tanto para el escenario base como para los escenarios de sensibilidad, se observa que la prima de ingreso promedio de 1.81% es suficiente para hacer frente a los gastos del Seguro de Riesgos de Trabajo deri-

vados de las prestaciones en dinero, en especie y los costos de administración, aun bajo los supuestos del escenario de riesgo 2, denominado catastrófico. Sin embargo, se debe dar seguimiento a la evolución del gasto, así como a las variaciones que podrían darse en los supuestos empleados.

III.4. Otras acciones emprendidas

- i) A fin de disminuir el subregistro institucional de los probables accidentes de trabajo, se implementó una estrategia de supervisión y asesoría en las delegaciones, en la cual se evaluaron de manera transversal los procesos de atención, calificación y pago de los subsidios por accidentes de trabajo.
- ii) Con el propósito de mejorar la calidad y transparencia de la dictaminación de riesgos de trabajo, se evalúa trimestralmente la calidad de la calificación

de las enfermedades de trabajo a través de una muestra aleatoria de dictámenes ST-9 emitidas por las delegaciones, se desarrollan evaluaciones trimestrales a una muestra de dictámenes de incapacidad permanente y se mejoran los criterios para la evaluación mensual en la oportunidad de elaboración y autorización de estos dictámenes.

- iii) Desde su creación, Salud en el Trabajo ha participado en las reuniones de trabajo para el desarrollo del Sistema Nacional de Clasificación de Ocupaciones (SINCO) y en 2017 se iniciaron las actividades para la actualización de este catálogo, liderado el grupo de trabajo por la Secretaría del Trabajo y Previsión Social (STPS) y el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI).
- iv) Se impartieron 1,466 cursos en materia de seguridad e higiene en el trabajo, capacitando a un total de 37,012 trabajadores, entre integrantes de Comisiones de Seguridad e Higiene, servicios preventivos de Seguridad y Salud en el Trabajo, mandos medios y directivos de empresas afiliadas.
- v) Se realizaron 1,763 Dictámenes Periciales Técnicos para apoyar a los abogados del Instituto en la defensa de los casos de demanda ante las Juntas Federal y Locales de Conciliación y Arbitraje. Asimismo, se llevó a cabo la evaluación de 8,387 factores de riesgos físicos, químicos y ergonómicos a los que están expuestos los trabajadores en las empresas intervenidas, cuyos resultados sirvieron para precisar las recomendaciones y las medidas que deben implementar los patrones para evitar la generación de enfermedades de trabajo.
- vi) Se impulsan medidas que permitan mejorar las condiciones de adquisición de las rentas vitalicias, dentro del marco del Comité del Artículo 81 de la Ley del Sistema de Ahorro para el Retiro (SAR).
- vii) En las delegaciones se promueven estrategias para orientar a los asegurados en la etapa de elegir el régimen por el cual desean pensionarse, sólo

si tuvieron el derecho a realizar esta elección, así como para escoger la aseguradora que les pagará su pensión, en caso de haber seleccionado la Ley vigente. Lo anterior, para que los asegurados realicen una decisión informada y óptima.

III.5. Opciones de política

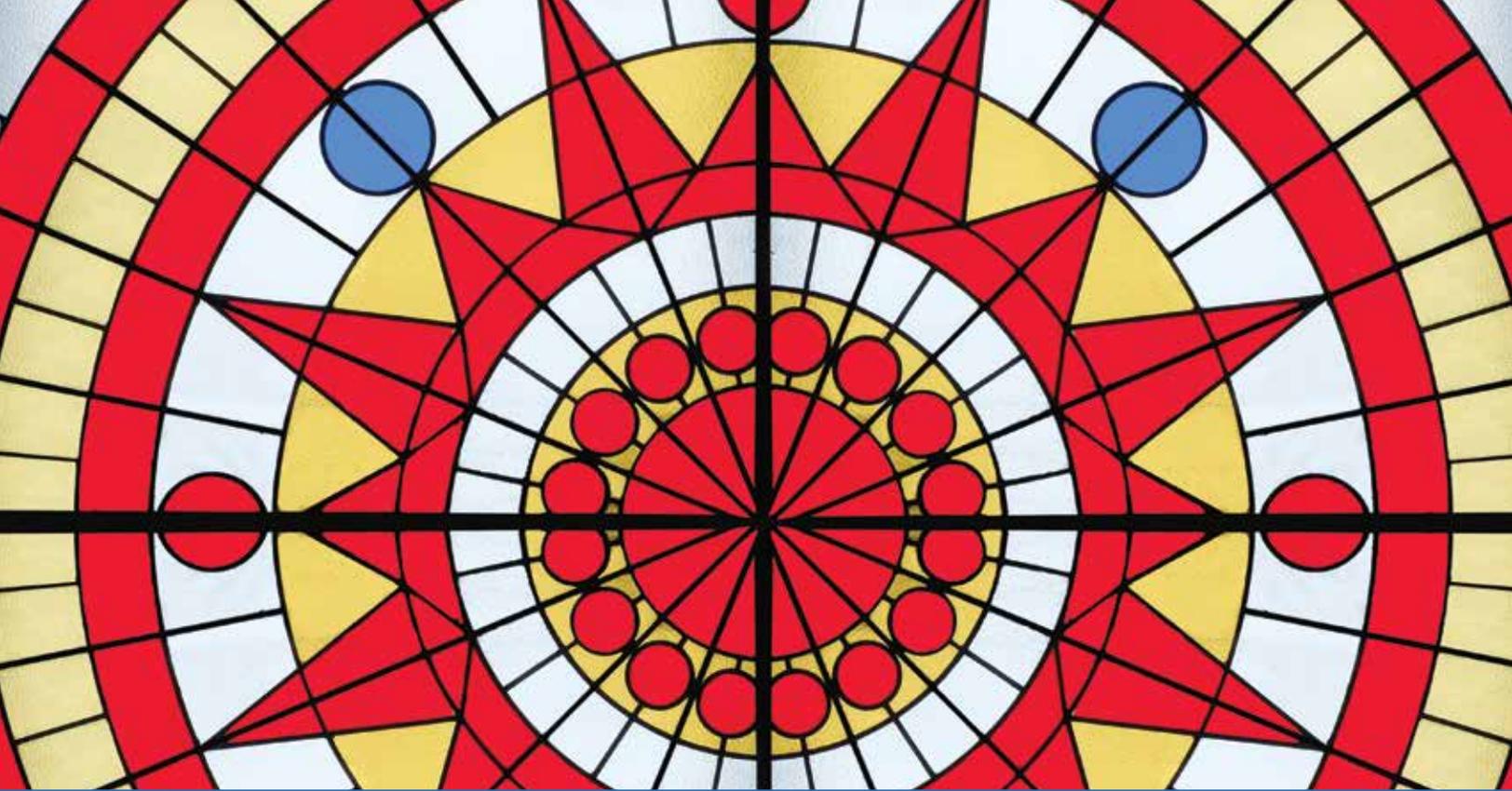
Para cumplir con los objetivos estratégicos de brindar servicios a los asegurados y sus familias con mayor calidad y calidez, y en virtud de la mecánica que actualmente conlleva al otorgamiento de las prestaciones económicas, el Instituto ha impulsado políticas que plantean mejoras significativas en la administración de la seguridad social.

A partir de marzo de 2017, los servicios de Salud en el Trabajo, adscritos a la Dirección de Prestaciones Médicas, se incorporaron a la Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales, mediante la creación de la Unidad de Prestaciones Económicas y Salud en el Trabajo. Con esta transición, se fortaleció en la Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales el sentido de administradora de seguros, ya que las mejores prácticas en materia de pensiones y subsidios indican que el área de expertos médicos, que dictamina los riesgos, debe estar integrada al área que asume la obligación económica de cubrirlos. A un año de la incorporación, destacan las mejoras significativas al proceso para obtener una pensión por enfermedad o accidente, logrando reducir en 51% el tiempo del trámite.

Por otra parte, el nuevo enfoque de atención y de ejercicio estricto de los recursos deberá partir de un análisis sistemático de la calidad de la atención al asegurado: i) evaluación de la disponibilidad y uso de recursos humanos, físicos y materiales (causas no médicas), y ii) evaluación de procedimientos, diagnósticos y decisiones terapéuticas en los niveles de atención médica (causas médicas).

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

Como se ha mencionado en este capítulo, la atención médica del asegurado va acompañada de prestaciones económicas que permiten proteger sus ingresos. Estas prestaciones que se derivan de las coberturas del Seguro de Enfermedades y Maternidad, del Seguro de Riesgos de Trabajo y del Seguro de Invalidez y Vida, siguen una línea de vida: inician con una incapacidad temporal para el trabajo, pueden evolucionar a una pensión temporal o provisional y, en su caso, concluir en una pensión definitiva. Las intervenciones oportunas entre las etapas tienen un impacto económico, es aquí en donde los servicios de Salud en el Trabajo tienen un papel fundamental.



Seguro de Invalidez y Vida

Capítulo IV

Este capítulo presenta la situación financiera del Seguro de Invalidez y Vida (SIV) y detalla las acciones emprendidas durante 2017, encaminadas a garantizar que las prestaciones económicas que establece la Ley del Seguro Social (LSS) se otorguen a los asegurados y sus beneficiarios con calidad y calidez, procurando que las mejoras en la atención contribuyan a la viabilidad financiera del Instituto.

El informe que se presenta en este capítulo, describe los resultados de la gestión del SIV en 2017 y se conforma por las siguientes secciones:

- Sección IV.1. Describe la cobertura que otorga el SIV y la situación actual en el gasto de las prestaciones económicas a cargo de este seguro, que incluye las pensiones de invalidez temporal y las rentas vitalicias.
- Sección IV.2. Muestra el estado de actividades de este seguro considerando 2 escenarios del costo neto: i) con registro parcial de los pagos realizados en el periodo por concepto del Régimen de Jubilaciones y Pensiones, y de la Prima de Antigüedad e Indemnizaciones, y ii) con registro total de las citadas obligaciones laborales.
- Sección IV.3. Presenta los resultados de la valuación actuarial realizada para el SIV, que consisten en un

diagnóstico técnico sobre la situación financiera de este seguro al 31 de diciembre de 2017 y permiten determinar si la prima de ingreso es suficiente para hacer frente en el futuro a los gastos que se derivan de las prestaciones en dinero que deberán otorgarse a los trabajadores afiliados al IMSS y a sus beneficiarios de acuerdo con lo que establece la LSS, así como a los gastos de administración.

- Sección IV.4. Detalla otras acciones que se han emprendido para fortalecer la protección que brinda el SIV y contribuir a su viabilidad en el largo plazo. Como parte de estas acciones destacan las mejoras implementadas en los distintos procesos de la administración de pensiones.
- Sección IV.5. Delinea las acciones de política que se han llevado a cabo para fortalecer la protección que otorga el SIV actualmente y a futuro.

IV.1. Introducción

El SIV protege a través de prestaciones en dinero los medios de subsistencia del trabajador y su familia ante las contingencias derivadas de un accidente, enfermedad o muerte fuera del entorno laboral. Para ello, el SIV contempla 2 ramos de aseguramiento:

- Invalidéz: protege al asegurado de la contingencia de quedar imposibilitado para procurarse un ingreso superior a 50% de su remuneración habitual percibida durante el último año, siempre y cuando dicho impedimento derive de una enfermedad o accidente no profesionales⁷². Las prestaciones que otorga este ramo de aseguramiento son pensiones temporales, pensiones definitivas, asignaciones familiares y ayuda asistencial. Los servicios médicos de los pensionados y sus beneficiarios se otorgan con cargo al Seguro de Enfermedades y Maternidad (SEM).
- Vida: cubre la contingencia de fallecimiento del asegurado o pensionado de invalidez. Las prestaciones que otorga este ramo a los beneficiarios son pensiones de viudez, orfandad y ascendencia. La asistencia médica se brinda con cargo al SEM.

Cuando la contingencia que sufre un asegurado derive de una enfermedad o accidente no profesionales que lo incapaciten temporalmente para el trabajo, el asegurado tendrá protección económica por medio de un subsidio a cargo del SEM. Si bien no todas las pensiones del SIV son precedidas por periodos de incapacidad temporal para el trabajo por enfermedad general, ni todas las incapacidades por enfermedad general terminan en una pensión por invalidez, el SEM actúa como enlace de protección al asegurado durante periodos cortos de incapacidad para el trabajo⁷³.

⁷² Ley del Seguro Social, Artículo 119.

⁷³ Ídem, Artículo 127. En el caso de los riesgos profesionales, los subsidios, las pensiones y las prestaciones médicas son con cargo a un mismo seguro: el Seguro de Riesgos de Trabajo.

Para facilitar el otorgamiento de las prestaciones a las que tiene derecho la población asegurada, como se describió en el capítulo anterior, el IMSS continúa enfocado en simplificar y digitalizar sus trámites, incluyendo los relacionados con prestaciones económicas. En este sentido, durante 2017, se realizaron mejoras significativas para obtener una pensión por enfermedad o accidente, mediante la automatización de procesos internos y el fortalecimiento de los mecanismos de atención y orientación al asegurado, lo que resultó en una disminución de 50% en el tiempo de espera en el que se otorga este tipo de pensiones.

Asimismo, se continuó con las acciones para la implementación del proceso de solicitud de pensión por Internet, mediante el desarrollo del proyecto denominado “Mi Pensión Digital”. Esta iniciativa consta de 2 elementos: i) los nuevos servicios digitales que preparan a los asegurados para realizar su trámite de pensión, los cuales les permitirán conocer información oportuna y detectar inconsistencias previo al inicio del trámite, y ii) un aplicativo en el portal del IMSS que permitirá la interacción digital del asegurado, a fin de conocer y validar la información que se utilizará para realizar su trámite de pensión. Además, sólo se requerirá de 1 visita a las ventanillas del Instituto para realizar esta gestión, mientras que en el esquema actual se requieren de hasta 4 visitas.

En lo referente al pago de subsidios también se tuvieron avances significativos. En noviembre de 2017, se liberaron 2 nuevos servicios digitales en beneficio de los asegurados y de las empresas afiliadas: el Servicio de Alta de Cuenta Bancaria y el Servicio de Consulta de Incapacidades en Línea. Con el primero, se simplifica y facilita el cobro del subsidio ya que, con un solo trámite,

el asegurado puede recibir el importe correspondiente directamente en su cuenta bancaria. En tanto, con el segundo, por primera vez se cuenta con una herramienta digital a través de la cual los asegurados pueden consultar el estatus de pago de sus incapacidades y los patrones, el detalle de sus trabajadores incapacitados para un mejor seguimiento del ausentismo en su empresa. Con estos servicios, el IMSS se vuelve más cercano, transparente y accesible para sus derechohabientes.

El cuadro IV.1 describe las prestaciones que el SIV otorga a los trabajadores y a sus familias ante la ocurrencia de una enfermedad o accidente que resulte en un estado de invalidez o incapacidad temporal para el trabajo. A su vez, la gráfica IV.1 muestra los eventos que generan las prestaciones en dinero del SIV.

Al 31 de diciembre de 2017, el SIV cubría a 19'154,841⁷⁴ trabajadores mediante las prestaciones antes señaladas. Dicho seguro es financiado con 2.5% del salario base de cotización para cada trabajador. La cuota se integra de manera tripartita⁷⁵: a los patrones, a los trabajadores y al Gobierno Federal les corresponde cubrir 1.75%, 0.625% y 0.125%⁷⁶ sobre el salario base de cotización, respectivamente.

Durante 2017, el otorgamiento de las pensiones temporales y definitivas representó un gasto de 8,589 millones de pesos para el Instituto, el cual fue 8.4% mayor, en términos reales, que el observado el año anterior. El cuadro IV.2 muestra la distribución de las prestaciones en dinero con cargo al SIV.

En el Instituto se promueve una cultura de prevención de enfermedades, que repercutirá en una población asegurada con mejor salud y que por lo tanto demandará (relativamente) menos servicios médicos y presta-

⁷⁴ De los 19'418,455 puestos de trabajo asegurados a diciembre de 2017 en el IMSS, el Seguro de Invalidez y Vida no cubre: i) los trabajadores al servicio de gobiernos estatales, municipales y organismos descentralizados (modalidad 36), y ii) los trabajadores al servicio de las administraciones pública federal, entidades federativas y municipios (modalidad 38). Por otro lado, este seguro sí cubre las continuaciones voluntarias al Régimen Obligatorio (modalidad 40).

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

⁷⁶ Equivalente a 7.143% de la aportación patronal.

CUADRO IV.1.

Prestaciones del Seguro de Invalidez y Vida

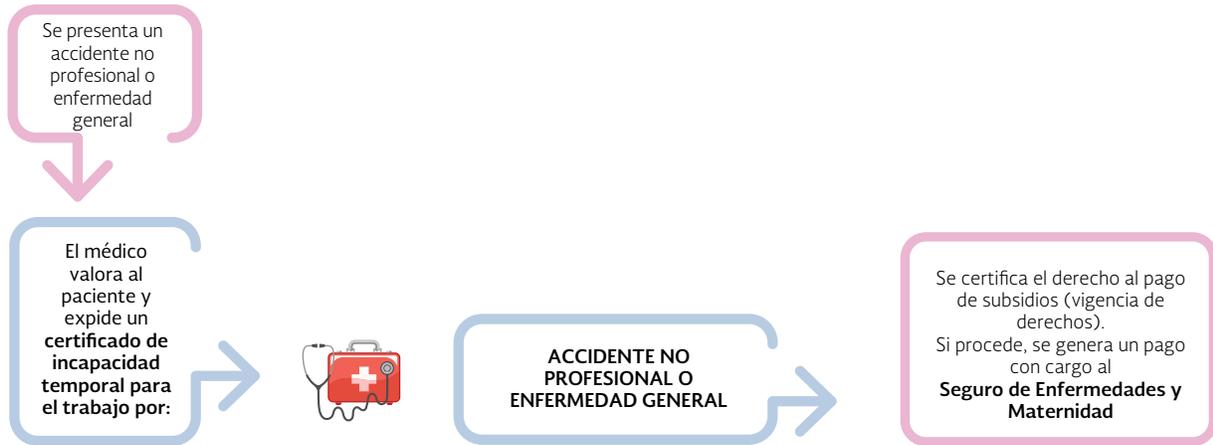
Tipo de prestación	Concepto y fundamento en la Ley Seguro Social de 1997	Descripción	
El asegurado que sufra un accidente o enfermedad no profesional, que resulte en estado de invalidez tiene derecho a las siguientes prestaciones:			
En especie	Asistencia médico-quirúrgica	Artículos 120, fracción III y 91 En los términos del Seguro de Enfermedades y Maternidad y con cargo a éste.	
	Asistencia farmacéutica		
	Asistencia hospitalaria		
En dinero (con cargo al SEM)	Subsidio por incapacidad temporal para el trabajo. Artículos 96 y 98	En 60% del último salario base de cotización, a partir del cuarto día del inicio de la incapacidad por enfermedad no profesional, mientras dure ésta y hasta por el término de 52 semanas, prorrogables, previo dictamen, hasta por 26 semanas más.	
Asegurados	Pensión temporal por invalidez. Artículos 120, fracción I, 121 y 141	En 35% del promedio de los salarios correspondientes a las últimas 500 semanas de cotización, o a las que tuviere siempre que sean suficientes para ejercer el derecho. Otorgada por periodos renovables en los casos de existir posibilidad de recuperación para el trabajo, o cuando por la continuación de una enfermedad no profesional se termine el disfrute del subsidio y la enfermedad persista. Se requiere de un mínimo de 250 semanas cotizadas. En caso de invalidez superior a 75%, se requiere de 150 semanas de cotización.	
	En dinero (con cargo al SIV) Pensión definitiva por invalidez. Artículos 120, fracción II, 121, 122 y 141	En 35% del promedio de los salarios correspondientes a las últimas 500 semanas de cotización, o a las que tuviere siempre que sean suficientes para ejercer el derecho. Otorgada cuando el estado de invalidez se dictamina de naturaleza permanente o cuando derivado de la valoración médica inicial se establezca como tal. Se requiere de un mínimo de 250 semanas cotizadas. En caso de invalidez superior a 75%, se requiere de 150 semanas de cotización.	
	Asignaciones Familiares. Artículo 138	Ayuda por concepto de carga familiar que se concederá a los beneficiarios del pensionado por invalidez.	
	Ayudas Asistenciales. Artículo 138, fracción IV y V	Apoyo económico en caso de que el pensionado no tuviera ni esposa, ni concubina, ni hijos, ni ascendientes que dependan económicamente de él. O bien si el pensionado solo tuviera un ascendiente con derecho al disfrute de la asignación familiar	
Al fallecimiento del asegurado o pensionado, los beneficiarios tienen derecho a las siguientes prestaciones:			
En especie	Asistencia médico-quirúrgica	Artículos 127, fracción V y 91 En los términos del Seguro de Enfermedades y Maternidad y con cargo a éste.	
	Asistencia farmacéutica		
	Asistencia hospitalaria		
Beneficiarios	Pensiones. Artículos 127 al 137	Con base en la pensión de invalidez aquella que hubiera correspondido al asegurado o pensionado. a) Viudez; equivalente a 90%. Se otorga al cónyuge sobreviviente, a falta de éste a la concubina o concubinario. Artículos 127 y 130. b) Orfandad; equivalente a 20%, si la orfandad es por la muerte de ambos padres, será equivalente a 30%. Se otorga a los hijos hasta los 16 años sin limitación o condición alguna, a los hijos mayores de 16 y hasta los 25 años cuando se encuentren estudiando en planteles del sistema educativo nacional. El hijo mayor de 16 años que desempeñe un trabajo remunerado no tiene derecho a percibir esta pensión salvo que no puedan matenarse por su propio trabajo, debido a una enfermedad crónica, defecto físico o psíquico, en tanto no desaparezca la incapacidad que padece. Artículos 134 a 136. c) Ascendencia; equivalente a 20%. Es otorgada a cada uno de los padres dependientes económicamente del asegurado, a falta de cónyuge, concubina o concubinario e hijos con derecho. Artículo 137.	
		Ayuda para gastos de funeral. Artículo 104	Pago en una sola exhibición de la cantidad equivalente a 2 meses del salario mínimo general ^{1/} que rija en el Distrito Federal en la fecha de fallecimiento. El asegurado deberá tener 12 cotizaciones semanales en los 9 meses anteriores al fallecimiento. Tratándose de pensionados deberán estar vigentes.

^{1/} En atención a los acuerdos ACDO.SA2.HCT.250117/26.PDJ del 25 de enero de 2017 y ACDO.IN2.HCT.290317/72.PDJ del 29 de marzo de 2017, a partir de 2017 las Ayudas de Gastos de Funeral se pagan con base en la Unidad de Medida y Actualización (UMA).

Fuente: Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales, IMSS.

GRÁFICA IV.1.

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

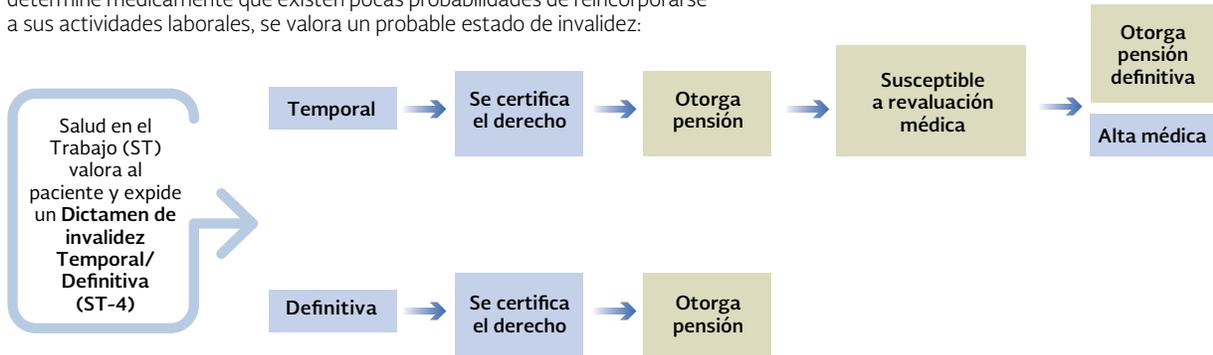


Los certificados de incapacidad tienen un límite máximo de hasta 52 semanas (prorrogable hasta 26 semanas más si el médico tratante lo determina).

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

Pensiones

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



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

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

Los dictámenes con carácter definitivo

No se requiere tener como antecedente directo una pensión temporal.

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

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

^{1/} Con cargo a este seguro también se otorgan ayudas para gastos de funeral a los deudos, en caso de fallecimiento del trabajador por un accidente o enfermedad no relacionada con el trabajo.

Fuente: Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales, IMSS.

CUADRO IV.2.

Distribución de las prestaciones del Seguro de Invalidez y Vida, 2017

(millones de pesos de 2017)

Total de prestaciones en dinero	61,335
Prestaciones en dinero del Seguro de Invalidez y Vida	8,589
Pensiones temporales	1,449
Sumas aseguradas por rentas vitalicias (Ley 97)	7,140
Pensiones definitivas (Ley 73, con cargo al Gobierno Federal)	46,984
Subsidios por incapacidad temporal para el trabajo (con cargo al SEM)	5,762

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

ciones económicas por enfermedad, contribuyendo así a la salud financiera del SIV y el SEM. Considerando la relación entre las prestaciones económicas y médicas, se ha mantenido una estrecha colaboración entre la Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales (DPES) y la Dirección de Prestaciones Médicas (DPM), con resultados exitosos. Actualmente, se impulsan de manera conjunta distintas medidas, mismas que se describen en la siguiente sección.

Del mismo modo que el año anterior, con las acciones realizadas durante 2017, el Seguro de Invalidez y Vida presentó un superávit.

IV.1.1. Subsidio por incapacidad temporal para el trabajo

Cuando un accidente o enfermedad no profesional incapacita temporalmente al asegurado para realizar su actividad laboral, se le otorga un subsidio por incapacidad temporal para el trabajo por enfermedad general equivalente a 60% del último salario diario de cotización, con cargo al SEM. El goce de éste comienza a partir del cuarto día y protege al asegurado durante el tiempo que dure la incapacidad, fijándose un plazo máximo de cobertura de 52 semanas, y en caso de que la convalecencia se prolongue, podrá recibir el subsidio duran-

te 26 semanas adicionales. El derecho a recibir este subsidio se obtiene cuando el asegurado cuenta con al menos 4 semanas de cotización en el IMSS previas a la enfermedad⁷⁷.

Al cierre de 2017, el total de días de incapacidad por enfermedad general ascendió a 41 millones, lo que representó un crecimiento de 3.5% con relación a lo observado el año anterior, mientras que los certificados expedidos crecieron 2.8% (gráfica IV.2)⁷⁸.

Aunado a lo anterior y en congruencia con las políticas de modernización y digitalización que se están implementando en beneficio de los derechohabientes (como se señala en el Capítulo III. Seguro de Riesgos de Trabajo), en noviembre de 2017, se presentaron 2 nuevos servicios digitales en beneficio de los asegurados y de las empresas afiliadas: i) Servicio de Alta de Cuenta Bancaria, y ii) Servicio de Consulta de Incapacidades en Línea. El primero de estos servicios permite a los asegurados, con un solo trámite, recibir el pago de todas sus incapacidades directamente en su cuenta bancaria. Así, se simplifica y se facilita el cobro del subsidio para los trabajadores, al no tener que acudir a las ventanillas del banco, en especial, si su padecimiento les dificulta o les impide desplazarse. Para el Instituto, esto representa un ahorro financiero por comisiones bancarias, así como una menor afluencia de asegurados en los servicios de Prestaciones Económicas para solicitar reposiciones de las incapacidades vencidas. En tanto, el segundo, permite consultar el histórico de incapacidades, tanto al propio asegurado como a su empresa, para que ambas partes puedan dar un seguimiento más cercano, puntual y en tiempo real a las mismas. Además, los asegurados pueden revisar su estatus de pago en caso de generar derecho a subsidio.

Por otra parte, para dar continuidad a las políticas encaminadas a que los subsidios por incapacidad temporal para el trabajo se otorguen de manera ágil y transparente a quienes tienen derecho a recibirlos, durante

⁷⁷ Ley del Seguro Social, Artículo 97.

⁷⁸ De las pensiones temporales de invalidez otorgadas entre enero de 2016 y agosto de 2017, 68% provienen de una incapacidad temporal para el trabajo.

2017, continuó el impulso a nivel nacional del uso de la expedición electrónica de incapacidades sobre la expedición manual, debido a que con la incapacidad electrónica se tiene un seguimiento más puntual del origen y las características del accidente o padecimiento que dio como resultado el pago del subsidio, lo que permite identificar de manera más oportuna conductas anormales en la expedición de días subsidiados. Como parte de los avances obtenidos en 2017 en el uso de la expedición electrónica de incapacidades, se reportó que en el primer nivel de atención se mantuvo un porcentaje favorable (87.3%), superior a lo observado durante el ejercicio previo (86.6%). Para el presente año, continúa el reto de incrementar el uso de la expedición electrónica, logrando mayores eficiencias en lo referente al abasto de *blocks*.

En 2017, como resultado del incremento en los días subsidiados, se observó un crecimiento en el gasto de 1.3% en términos reales (gráfica IV.3). Entre los factores subyacentes que contribuyeron a incrementar el ritmo de crecimiento del gasto, destacan crecimiento de la población asegurada de 4.5%⁷⁹, aunado a un crecimiento continuo de los salarios.

⁷⁹ Esta tasa se refiere al crecimiento de la población asegurada bajo una modalidad con derecho a subsidio por enfermedad general.

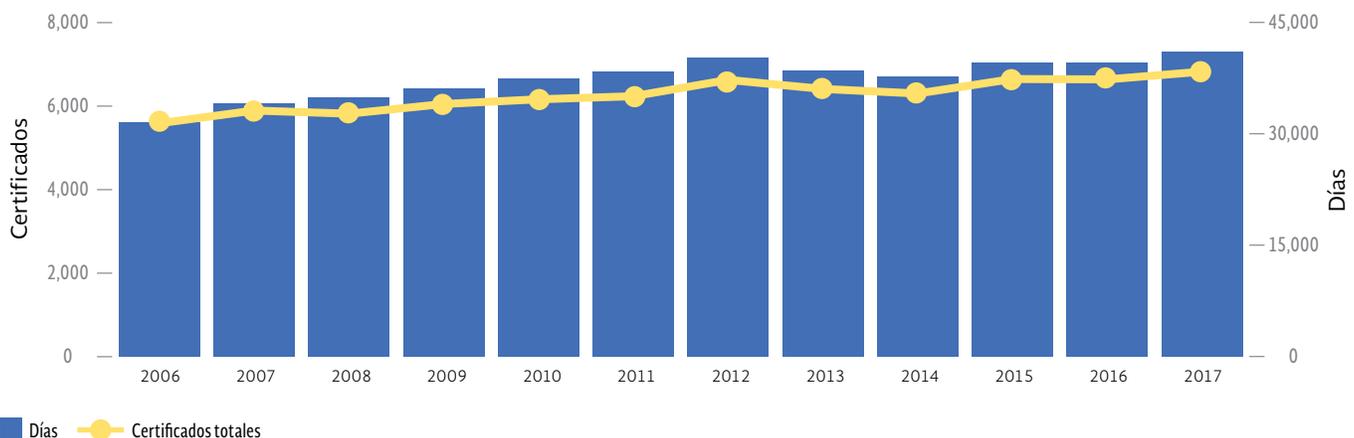
IV.1.2. Pensiones

Como se detalla en el cuadro IV.1 y en la gráfica IV.1, todos aquellos trabajadores que derivado de algún padecimiento o secuelas de un accidente o enfermedad no laboral y conforme a la valoración médica que realiza el Instituto, pueden acceder a una pensión por invalidez con carácter de temporal o definitiva. Al cierre de 2017, se otorgaron 36,638 pensiones de invalidez⁸⁰ y se emitieron 45,446 dictámenes a trabajadores asegurados para determinar la existencia del estado de invalidez. En 89% (40,625) de los casos se determinó que sí existía invalidez. De los dictámenes en los que se estableció un estado invalidante, 79% (32,060) fueron iniciales y 21% (8,565) revaloraciones. Con respecto al carácter del dictamen, 51% (20,587) de los casos fueron temporales y el restante 49% (20,038) definitivos.

Anteriormente, el proceso para obtener este tipo de prestación demandaba al menos 6 visitas al IMSS y más de 3 meses de espera para los solicitantes. Como se explicó en el capítulo del Seguro de Riesgos de Trabajo, en 2017 se implementaron mejoras en el proceso de otorgamiento de las pensiones por enfermedad

⁸⁰ Se consideran solicitudes de pensión que tuvieron una resolución en 2017. Estas incluyen pensiones definitivas régimen 73, rentas vitalicias y pensiones con carácter temporal.

GRÁFICA IV.2.
Certificados y días de incapacidad por enfermedad general, 2006-2017
(miles de casos)



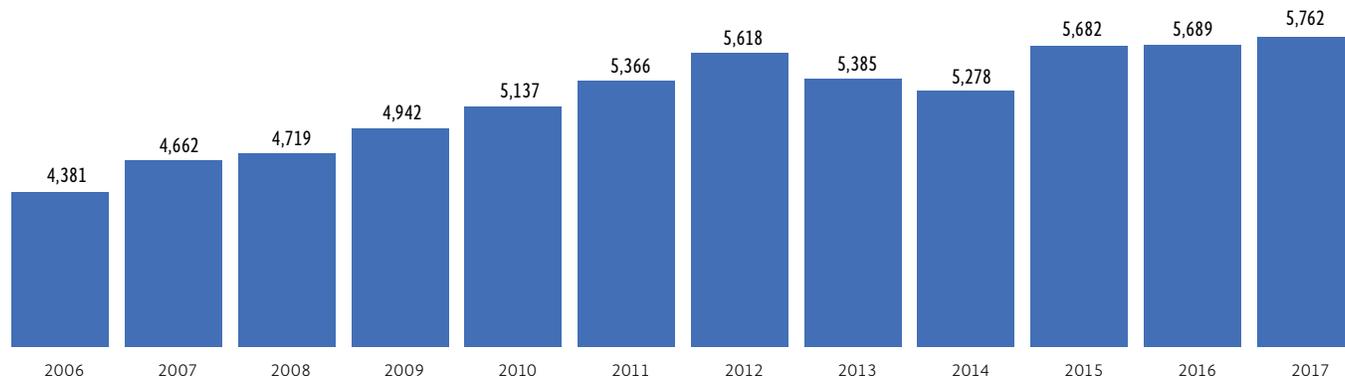
Fuente: Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales, IMSS.

GRÁFICA IV.3.

Gasto en subsidios por enfermedad general, 2006-2017

(millones de pesos de 2017)

2016 - 2017
1.3% anual



Fuente: Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales, IMSS.

o accidente no profesionales. Dichas mejoras consisten en reducir el tiempo en el que se recibe el dictamen de pensión en prestaciones económicas, ya que ahora se hace de manera electrónica. Asimismo, se logró la automatización del proceso de certificación del derecho y una mejor orientación al asegurado. Estas acciones permitieron disminuir en 39% la duración del proceso, lo que equivale a una reducción de 34 días en promedio por cada solicitud atendida. En este sentido, la suma del tiempo ahorrado de todas las pensiones por invalidez gestionadas en el periodo de mayo a diciembre de 2017, equivaldría, de forma acumulada, a 10 siglos de tiempo que los asegurados no tuvieron que esperar para que se les otorgara esta prestación económica.

Finalmente, con relación a la simplificación y digitalización de trámites, al cierre del primer trimestre de 2018, continúan las acciones para la implementación del nuevo modelo de solicitud de pensión por enfermedad o accidente, con el cual el proceso se realizará en tan solo 2 visitas por parte del asegurado al IMSS.

Pensiones temporales

Los asegurados que como resultado de la valoración médica obtienen un dictamen de invalidez temporal, acceden a una pensión de la misma naturaleza por pe-

riodos renovables, en los casos en que existe la posibilidad de recuperación para el trabajo.

La gráfica IV.4 muestra la evolución del número de pensiones temporales vigentes desde 2006; como se observa en la misma, desde 2010 hasta 2013 las pensiones temporales experimentaron un crecimiento sostenido. Ante esta situación, a partir de 2015, el Instituto llevó a cabo un programa intensivo de revisión y revaloración de las pensiones temporales vigentes, que permitió generar altas del estado de invalidez a quienes se recuperaron o, en su caso, el otorgamiento de una pensión definitiva, con lo que se disminuyeron el número de pensiones temporales. No obstante, al cierre de 2017 se alcanzó un nuevo máximo con más de 24,446 pensiones vigentes, que a diferencia de lo observado en 2013, es reflejo de la ejecución de las estrategias de atención y dictaminación de casos prolongados, cuyo estrecho seguimiento propicia mejoras en la oportunidad del otorgamiento de pensiones de invalidez.

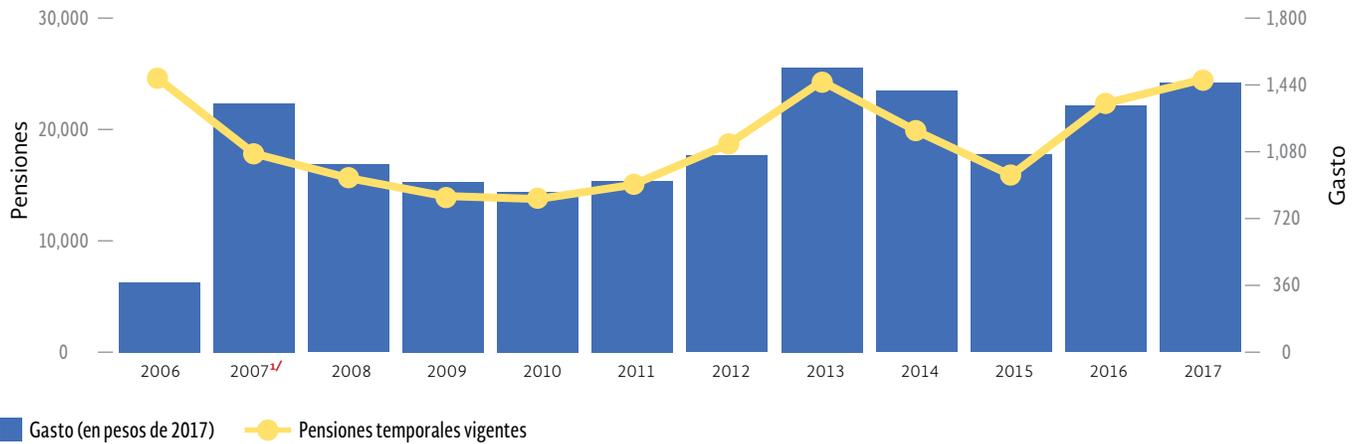
Pensiones definitivas

Si como resultado de una valoración médica se determina el estado de invalidez de naturaleza permanente para el asegurado, se otorgará a éste una pensión definitiva,

GRÁFICA IV.4.

Pensiones temporales vigentes y gasto, 2006-2017^{1/}

(casos y millones de pesos de 2017)



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

Fuente: Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales, IMSS.

ya sea bajo el régimen que establece la Ley del Seguro Social de 1973 (Ley de 1973) o por el de la Ley del Seguro Social de 1997 (Ley de 1997). El trabajador que cuente con cotizaciones anteriores al 1° de julio de 1997, podrá elegir entre la aplicación de cualquiera de las 2 leyes.

Las pensiones otorgadas bajo el régimen de la Ley de 1973 constituyen un pasivo a cargo del Gobierno Federal, por lo que no forman parte de los resultados de la valuación actuarial del Seguro de Invalidez y Vida⁸¹. La gráfica IV.5 muestra que las pensiones definitivas al amparo de la Ley de 1973 crecieron en 3.1% al cierre de 2017, lo cual representó un gasto adicional de 1.2% en términos reales respecto a 2016.

Por su parte, los trabajadores bajo el amparo de la Ley de 1997 a quienes se otorga un dictamen definitivo de invalidez, reciben su pago a través de una aseguradora en forma de renta vitalicia. La aseguradora cobra un precio, denominado monto constitutivo, por asumir la obligación de pago. El número de rentas vita-

licias y el gasto en sumas aseguradas hasta 2017 con cargo al SIV, se muestran en la gráfica IV.6. Las pensiones otorgadas a los beneficiarios en caso de fallecimiento del trabajador o del pensionado por invalidez son también de carácter definitivo. En 2017, el número de rentas vitalicias otorgadas incrementaron en 9.8% con respecto al año anterior, mientras que el gasto por sumas aseguradas presentó un crecimiento de 8.3% real (gráfica IV.6).

IV.2. Estado de actividades

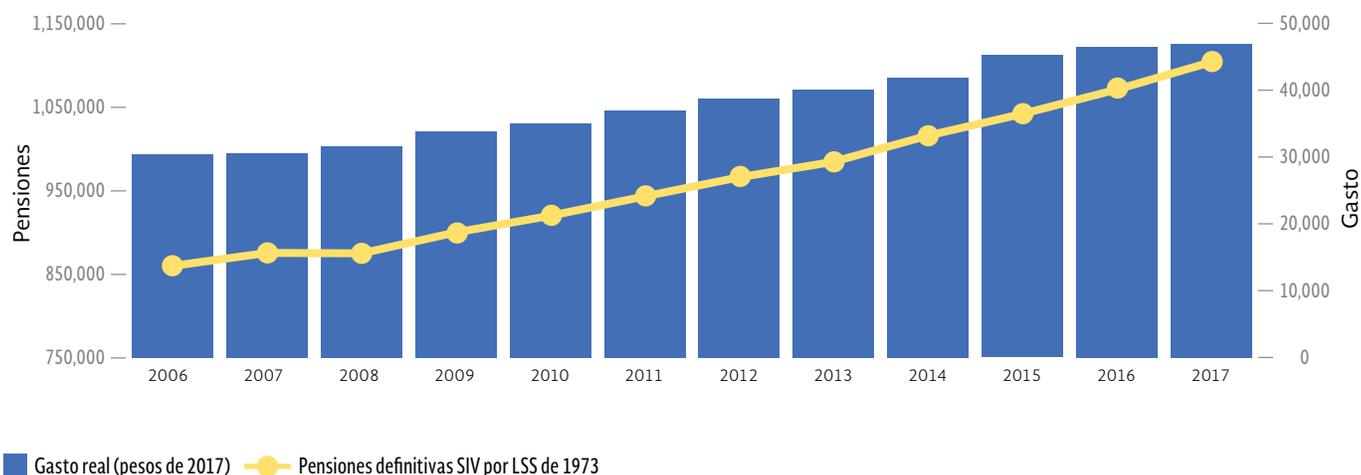
Con base en el Artículo 277 E de la Ley del Seguro Social, el cuadro IV.3 presenta el estado de actividades del Seguro de Invalidez y Vida para el ejercicio 2017, considerando 2 escenarios para el reconocimiento del costo neto del periodo del Régimen de Jubilaciones y Pensiones: i) con registro parcial, mismo que se refiere a los pagos realizados por concepto del Régimen de Jubilaciones y Pensiones y de la Prima de Antigüedad e Indemni-

⁸¹ De acuerdo con lo establecido en los Artículos Tercero, Undécimo y Duodécimo Transitorios de la reforma a la Ley del Seguro Social, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 21 de diciembre de 1995 y vigente a partir del 1° de julio de 1997.

GRÁFICA IV.5.

Pensiones de invalidez definitivas vigentes y gasto por Ley del Seguro Social de 1973, 2006-2017

(casos y millones de pesos de 2017)

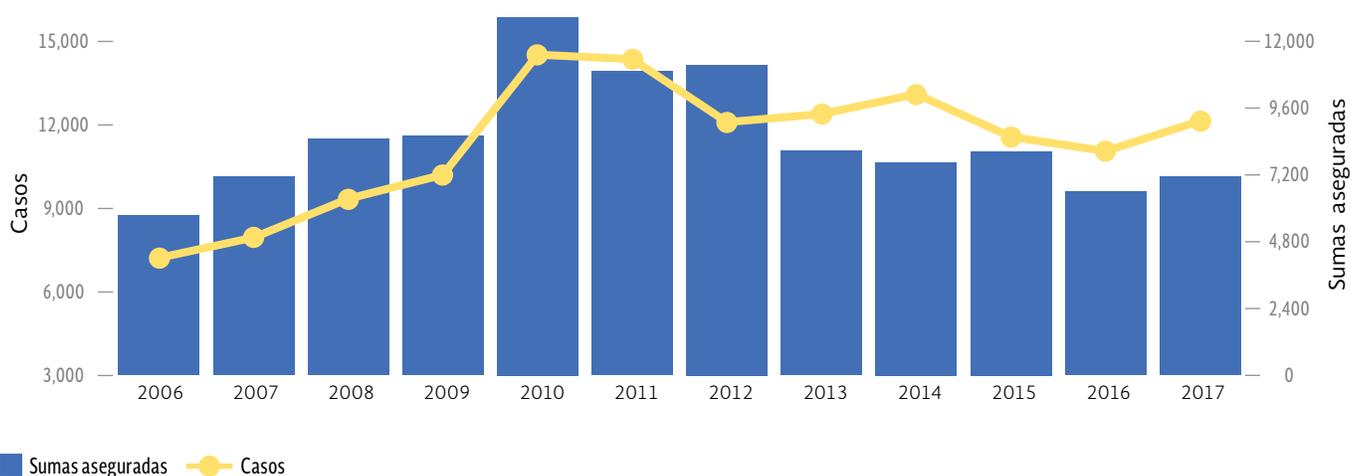


Fuente: Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales, IMSS.

GRÁFICA IV.6.

Rentas vitalicias y sumas aseguradas del Seguro de Invalidez y Vida, 2006-2017

(casos y millones de pesos de 2017)



Fuente: Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales, IMSS.

zaciones, y ii) con registro total⁸². El resultado del ejercicio de este seguro fue equivalente a un superávit de 49,302 millones de pesos con el registro parcial del costo neto del periodo de las obligaciones laborales del Instituto y de 37,872 millones de pesos con el efecto del reconocimiento total de estas obligaciones.

⁸² Para más detalles sobre el costo neto del periodo ver el Capítulo X, sección X.1.1.

IV.3. Resultados de la valuación actuarial

Para evaluar la situación financiera de largo plazo del Seguro de Invalidez y Vida al 31 de diciembre de 2017 se requiere de la elaboración de la valuación actuarial, la cual tiene como propósito:

- Evaluar si la prima de 2.5% de los salarios que se es-

CUADRO IV.3.

Estado de actividades del Seguro de Invalidez y Vida, al 31 de diciembre de 2017

(millones de pesos corrientes^{1/})

Concepto	Con registro parcial	Con registro total
	Costo neto del periodo	Costo neto del periodo
Ingresos y otros beneficios		
Ingresos de la gestión		
Cuotas y aportaciones de seguridad social	57,159	57,159
Ingresos por venta de bienes y servicios		
Ingresos por venta de bienes y servicios de organismos descentralizados	-	-
Otros ingresos y beneficios		
Ingresos financieros		
Intereses ganados de valores, créditos y bonos	2,799	2,799
Otros ingresos y beneficios varios^{2/}	2,193	2,185
Total de ingresos	62,150	62,143
Gastos y otras pérdidas		
Gastos de funcionamiento		
Servicios de personal	1,083	1,083
Materiales y suministros	17	17
Servicios generales y subrogación de servicios	67	67
Otros gastos y pérdidas		
Subsidios	8,601	8,601
Ayudas sociales, donativos y cuotas a organismos internacionales	-	-
Estimaciones, depreciaciones y deterioro	424	424
Otros gastos	2,204	2,204
Pagos a pensionados y jubilados IMSS ^{2/}	452	444
Costo por beneficios a empleados (RJP) ^{3/}	-	11,430
Total de gastos	12,848	24,271
Resultado del ejercicio	49,302	37,872

^{1/} Los totales pueden no coincidir debido al redondeo de cifras.^{2/} En el rubro de Otros ingresos y beneficios varios con registro total no se consideran 8 millones, por la recuperación de la nómina de jubilados del Programa IMSS-PROSPERA, ya que se incluye en el rubro de Pagos a pensionados y jubilados IMSS.^{3/} El costo neto del periodo determinado por el despacho externo Lockton México Agente de Seguros y de Fianzas, S. A. de C. V. se integra por los rubros de Pagos a pensionados IMSS y el Costo por beneficios a empleados (Régimen de Jubilaciones y Pensiones), la determinación del costo neto de 2017 para Régimen de Jubilaciones y Pensiones y para Prima de Antigüedad e Indemnizaciones en favor de los Trabajadores del Instituto Mexicano del Seguro Social, se realizó considerando la NIF D-3 "Beneficios a los Empleados" y las Mejoras 2017 con lo que se elimina el factor de reconocimiento gradual de las partidas pendientes de amortizar en el cargo a resultados y se incorpora el reconocimiento inmediato del saldo pendiente de amortizar, por lo que para este seguro se realizó una asignación de 11,874 millones de pesos.

Fuente: Dirección de Finanzas, IMSS, a partir de los Estados Financieros dictaminados al 31 de diciembre de 2017 y 2016, y de la Valuación Actuarial del Régimen de Jubilaciones y Pensiones y Prima de Antigüedad de los Trabajadores del Instituto Mexicano del Seguro Social bajo la Norma de Información Financiera D-3 "Beneficios a los Empleados", al 31 de diciembre de 2017 y Proyecciones para 2018.

tablece en la Ley del Seguro Social es suficiente en el largo plazo para generar los ingresos por cuotas necesarios para cubrir los gastos que se generan por el otorgamiento de las prestaciones en dinero y por los gastos de administración.

- Determinar si durante el periodo de proyección se prevé el uso de las reservas financieras y actuariales.

La valuación actuarial se desarrolla considerando un escenario base bajo ciertos supuestos demográficos y financieros, a partir de los cuales se elaboran 2 escenarios de sensibilidad denominados escenario de riesgo 1 (moderado) y escenario de riesgo 2 (catastrófico). Estos escenarios tienen como propósito medir el efecto que podría registrar la estimación del gasto frente a cambios en alguno o varios de los supuestos adoptados para el escenario base. En el cuadro IV.4 se muestran los supuestos más relevantes de los diferentes escenarios valuados⁸³.

⁸³ En el Anexo C del presente Informe se hace una descripción más amplia de dichos supuestos.

IV.3.1. Situación financiera de largo plazo

Para evaluar la situación financiera de este seguro se realizan proyecciones demográficas y financieras, las cuales consideran como base los siguientes elementos:

- Las prestaciones en dinero⁸⁴ establecidas en la Ley del Seguro Social y cuyos beneficios son los que se valúan y que se resumen en el cuadro IV.1 de este capítulo.
- El número de asegurados que estará expuesto durante el tiempo a una contingencia por invalidez o fallecimiento⁸⁵.
- El salario promedio de cotización.
- Los saldos acumulados en las cuentas individuales de los asegurados⁸⁶.
- Las probabilidades de invalidarse y de fallecimiento a causa de un riesgo no laboral.
- Las probabilidades de muerte de invalidez y de activos que emite la Comisión Nacional de Seguros y

⁸⁴ Las prestaciones en dinero que se valúan son las pensiones por invalidez y pensiones derivadas del fallecimiento de un asegurado o pensionado por invalidez.

⁸⁵ Esta población incluye a los trabajadores de empresas afiliadas al IMSS y a los trabajadores propios del Instituto.

⁸⁶ Los saldos acumulados en la cuenta individual fueron proporcionados por la Comisión Nacional del Sistema de Ahorro para el Retiro.

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

Hipótesis	Base (%)	Riesgo 1 (%)	Riesgo 2 (%)
Financieras			
Tasa anual de incremento real de los salarios	0.34	0.34	0.34
Tasa anual de incremento real de los salarios mínimos	0.00	0.00	0.00
Tasa anual de incremento real de la Unidad de Medida y Actualización	0.00	0.00	0.00
Tasa de descuento	3.00	3.00	3.00
Tasa de rendimiento real anual de la Subcuenta de Retiro, Cesantía en Edad Avanzada y Vejez	3.50	3.50	3.50
Tasa de rendimiento real anual de la Subcuenta de Vivienda	2.50	2.50	0.00
Tasa de interés real anual para el cálculo de las anualidades (largo plazo)	3.00	2.50	2.00
Porcentaje promedio de asegurados que aportan a la Subcuenta de Vivienda, es decir, que no cuentan con un crédito hipotecario	50.00	50.00	0.00
Demográficas			
Incremento promedio anual de asegurados	1.20	1.20	1.20

Fuente: Dirección de Finanzas, IMSS.

Fianzas para el cálculo de los montos constitutivos para la contratación de las rentas vitalicias y de los seguros de sobrevivencia que se establecen la Ley del Seguro Social.

- Los gastos de administración, mismos que incluyen el gasto correspondiente al Régimen de Jubilaciones y Pensiones⁸⁷.

El número de asegurados vigentes al 31 de diciembre de 2017 asciende a 19'154,841⁸⁸. Estos asegurados registraron un salario promedio mensual de 4.2 veces la Unidad de Medida y Actualización de 2017⁸⁹ y un saldo promedio en cuenta individual de 98,474 pesos para la Subcuenta de Retiro, Cesantía en Edad Avanzada y Vejez y 38,448 pesos para la Subcuenta de Vivienda.

Los asegurados que tengan derecho a las prestaciones de este seguro durante el periodo de proyección tendrán movimientos originados por las siguientes causas:

- Bajas de la actividad laboral por el otorgamiento de una pensión⁹⁰, fallecimiento o desempleo.
- Ingreso de nuevos asegurados en cada año de proyección.

A partir de la proyección de los asegurados y de sus salarios, así como de la estimación del gasto por prestaciones en dinero y del gasto de administración se realiza la evaluación de la situación financiera del Seguro

de Invalidez y Vida bajo 2 perspectivas:

- A través del comportamiento futuro de la prima de gasto anual⁹¹ respecto de la prima de ingreso.
- A la fecha de valuación al comparar la prima media nivelada⁹² que se presenta en el Balance Actuarial con la prima de ingreso.

El modelo de valuación simula para los asegurados con afiliación hasta el 30 de junio de 1997 la opción de elegir entre los beneficios que otorga la Ley del Seguro Social de 1973 y los que otorga la Ley del Seguro Social de 1997, por lo que en la evaluación financiera sólo se consideran aquellos que se conceden bajo los beneficios de la Ley de 1997. Por otra parte, el gasto del rubro de pensiones se divide en el gasto derivado del pago de pensiones por invalidez con carácter temporal y el gasto de las pensiones por invalidez con carácter definitivo, a las cuales se les otorga una renta vitalicia y generan la transferencia de recursos por sumas aseguradas⁹³ por parte del IMSS hacia las compañías aseguradoras. En el cuadro IV.5 se resume la estimación del gasto anual de los beneficios valuados.

A partir del cálculo de la prima de gasto anual mostrado en el cuadro IV.5 es posible analizar el comportamiento de la misma. Este análisis permite detectar los años en los que la prima de ingreso es inferior a la prima de gasto, lo que implicaría que se tenga que hacer uso de la reserva financiera y actuarial.

⁸⁷ Para efectos de la valuación actuarial, se considera que la proporción del gasto a cargo del IMSS en su carácter de patrón del Régimen de Jubilaciones y Pensiones que se asigna al Seguro de Invalidez y Vida es de 0.63%.

⁸⁸ El número de asegurados está conformado por los afiliados en las siguientes modalidades de aseguramiento, según el régimen: Régimen Obligatorio: Modalidad 10: Trabajadores permanentes y eventuales de la ciudad; Modalidad 13: Trabajadores permanentes y eventuales del campo; Modalidad 14: Trabajadores eventuales del campo cañero; Modalidad 17: Reversión de cuotas por subrogación de servicios, y Modalidad 30: Productores de caña de azúcar. Régimen Voluntario: Modalidad 35: Patronos personas físicas con trabajadores a su servicio y Modalidad 42: Trabajadores al servicio de los gobiernos de los estados. E incluye a los trabajadores propios del IMSS y a los trabajadores que laboran en las empresas afiliadas al IMSS.

⁸⁹ El valor mensual de la Unidad de Medida y Actualización en 2017 fue de 2,294.90 pesos.

⁹⁰ El otorgamiento de una pensión puede ser por incapacidad permanente total o parcial, invalidez, cesantía en edad avanzada o vejez. A pesar de que se consideran todas las posibles bajas de la actividad laboral, para efectos de la estimación del gasto del Seguro de Riesgos de Trabajo sólo se evalúan los beneficios que generan un gasto a este seguro.

⁹¹ Es la relación del gasto anual entre el volumen anual de salarios.

⁹² La prima media nivelada resulta de dividir el valor presente del gasto de cada rubro entre el valor presente del volumen de salarios.

⁹³ El gasto de las sumas aseguradas se calcula como la diferencia entre la estimación del monto constitutivo menos el saldo acumulado en la cuenta individual de los asegurados.

CUADRO IV.5.

Resumen de las proyecciones financieras de la valuación actuarial del Seguro de Invalidez y Vida

(millones de pesos de 2017)

Gastos	2018	2019	2020	2030	2040	2050	2060	2070	2080	2090	2100	2110	2117
Pensiones ^{1/}	8,583	9,409	10,455	28,687	67,781	101,803	115,548	128,672	138,857	153,197	172,313	194,744	208,476
Costo de administración ^{2/}	3,503	3,637	3,765	5,122	6,539	7,567	8,407	9,418	10,606	12,107	13,982	15,983	17,402
Total del gasto	12,086	13,046	14,220	33,809	74,320	109,369	123,955	138,090	149,463	165,304	186,295	210,727	225,878
Prima de gasto anual en porcentaje del volumen de salarios	0.55	0.57	0.61	1.06	1.81	2.23	2.24	2.27	2.23	2.21	2.23	2.27	2.28

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

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

Fuente: Dirección de Finanzas, IMSS.

Bajo lo anterior, la prima de gasto anual pasa de 0.55% del volumen de salarios en 2018 a 2.23% en 2050 y a 2.28% en el año 100 de proyección. Al comparar las primas de gasto respecto a la prima de ingreso del SIV establecida en la LSS de 2.5% de los salarios, se espera que la prima sea suficiente para el periodo de 100 años, por lo que se prevé que no se requerirá hacer uso de las reservas financieras y actuariales.

Otro indicador que permite evaluar la situación financiera de este seguro es el balance actuarial para el periodo de 100 años. En este se determina si el activo, formado por el saldo de la reserva financiera y actuarial a diciembre de 2017 más el valor presente de los ingresos futuros por cuotas⁹⁴, es suficiente para cubrir el valor presente del pasivo que se deriva por el pago de:

- Pensiones con carácter temporal provisional y definitivo.
- Los costos de administración.

Los resultados del balance actuarial para el Seguro de Invalidez y Vida se muestran en el cuadro IV.6.

⁹⁴ Los ingresos futuros por cuotas se determinan como el producto entre el valor presente de los salarios y la prima de ingreso establecida en la Ley del Seguro Social que es de 2.5% de los salarios. La prima de ingreso está asentada en los Artículos 146, 147 y 148 de la Ley del Seguro Social; el financiamiento del Seguro de Invalidez y Vida se integra de manera tripartita por las cuotas de los patrones, los trabajadores y el Gobierno Federal, y les corresponde cubrir 1.75%, 0.625% y 0.125% sobre el salario base de cotización, respectivamente.

De acuerdo con los resultados mostrados en el cuadro IV.6, la prima media nivelada obtenida para el periodo de 100 años asciende a 1.85% del valor presente de los salarios. Esta es superior en 0.08 puntos porcentuales respecto a la obtenida en la valuación actuarial al 31 de diciembre de 2016 (1.77%). Las principales razones por las que la prima media nivelada aumentó son:

- En la valuación actuarial con corte a diciembre de 2016 se utilizó un supuesto de rehabilitación, el cual contemplaba que una proporción de las pensiones temporales que pasan a definitivas no tienen beneficiarios con derecho. Para efectos de la valuación actuarial al cierre del ejercicio de 2017 se optó por aplicar un supuesto más conservador, que consistió en considerar dicho factor hasta el año 2050⁹⁵.
- La disminución para el corto plazo de la tasa de interés para el cálculo de los montos constitutivos⁹⁶.

Considerando que las proyecciones de la valuación actuarial se basan en supuestos demográficos y finan-

⁹⁵ El factor aplicado en la valuación actuarial al 31 de diciembre de 2017 hasta el año 2050 es de 19%.

⁹⁶ La tasa de interés para el cálculo de los montos constitutivos de la valuación actuarial con corte a diciembre de 2016 inició en 3.7% y en el largo plazo se llevó a 3%, y para el ejercicio de 2017 inició en 3.6% y en el largo plazo se llevó a 3%. La determinación de la tasa inicial se obtiene a partir de las tasas ofertadas por las compañías aseguradoras que se observaron en el último año.

CUADRO IV.6.

Balance actuarial a 100 años del Seguro de Invalidez y Vida, al 31 de diciembre de 2017^{1/}

(millones de pesos de 2017)

Activo	VPSF ^{2/} (%)		Pasivo	VPSF ^{2/} (%)	
Saldo de la Reserva al 31 de diciembre de 2017 (1) ^{3/}	19,258	0.01	Sumas aseguradas ^{4/} (6)	2,178,587	1.48
Aportaciones futuras de ingresos por cuotas (2)	3,669,725	2.50	Pensiones temporales (7)	314,555	0.21
Subtotal (3)=(1)+(2)	3,688,983	2.51			
(Superávit)/Déficit (4)=(9)-(3)	-968,522	-0.66	Costo de administración (8)	227,319	0.15
Total (5)=(4)+(3)	2,720,461	1.85	Total (9)=(6)+(7)+(8)	2,720,461	1.85

^{1/} Los totales y los subtotales pueden no coincidir por cuestiones de redondeo.^{2/} Valor presente de los salarios futuros.^{3/} Reserva financiera y actuarial del Seguro de Invalidez y Vida al 31 de diciembre de 2017.^{4/} El gasto por sumas aseguradas tiene descontado las aportaciones que realiza el Gobierno Federal por pensiones garantizadas.

Fuente: Dirección de Finanzas, IMSS.

cieros, los cuales pueden variar en el tiempo, se evalúan 2 escenarios de sensibilidad que miden el efecto en el gasto por pensiones a partir de la modificación de algunos de los supuestos financieros.

- El escenario de riesgo 1 (moderado) concibe una tasa de interés de largo plazo para cálculo de los montos constitutivos que pasa de 3% a 2.5%⁹⁷.
- Escenario de riesgo 2 (catastrófico) supone que la tasa de interés para el cálculo de los montos constitutivos en el largo plazo es igual a 2%, también asume que ningún asegurado cuente con saldo en la Subcuenta de Vivienda al momento de tener derecho a una pensión por invalidez o al momento del fallecimiento para el financiamiento de las pensiones derivadas. La modificación de estos supuestos impacta directamente el gasto por pensiones, y por consiguiente a las sumas aseguradas.

Los principales resultados de los diferentes escenarios se despliegan en el cuadro IV.7 tanto para el periodo de 100 años como para el periodo de 50 años, a fin de verificar la situación financiera para un periodo más corto.

⁹⁷ Para el escenario base en el año 2018 se utilizó una tasa de 3.6%, la cual va disminuyendo de forma gradual hasta llegar a 3% en el año 2038. Para el escenario de riesgo 1 y de riesgo 2 se supone que la tasa de 3% en el año 2038 disminuye de forma gradual hasta 2.5% en el año 2056 y se mantiene constante para el resto del periodo de proyección.

La variación de los supuestos representa para el periodo de proyección de 50 años en el rubro por pensiones un incremento de 5.7% del escenario base respecto al escenario de riesgo 1 y de 25.4% del escenario base con relación al escenario de riesgo 2. Dicho incremento impacta en la prima media nivelada en 0.08 puntos de prima, mientras que para el escenario de riesgo 2 afecta en 0.37 puntos de prima.

En cuanto al periodo de proyección de 100 años el gasto por pensiones del escenario base se incrementa respecto al escenario de riesgo 1 en 7.1% y en relación con el escenario de riesgo 2 en 31%. La modificación de los supuestos influye en la prima media nivelada, en el caso del escenario de riesgo 1 la prima aumenta en 0.12 puntos de prima en comparación con el escenario base y en el escenario de riesgo 2 aumenta en 0.53 puntos de prima respecto al escenario base.

De los resultados del estudio se concluye que tanto la prima nivelada obtenida en la valuación actuarial del escenario base, como la que se obtiene en cada uno de los escenarios de sensibilidad, resultan menores a la prima de ingreso de 2.5% establecida en la Ley, lo que implica que la prima de ingreso es suficiente en el lar-

CUADRO IV.7.

Resultados del escenario base y de los escenarios de sensibilidad de la valuación actuarial del Seguro de Invalidez y Vida para el periodo 2018-2117

(millones de pesos de 2017)

Gastos	Escenario 50 años de proyección			Escenario 100 años de proyección ^{3/}		
	Base	Riesgo 1	Riesgo 2	Base	Riesgo 1	Riesgo 2
Pensiones ^{1/}	1,390,185	1,469,608	1,742,791	2,493,142	2,669,212	3,265,595
Costo de administración	151,038	151,038	151,038	227,319	227,319	227,319
Total del gasto (a)	1,541,223	1,620,646	1,893,829	2,720,461	2,896,531	3,492,914
Volumen de salarios (b)	96,051,248	96,051,248	96,051,248	146,789,016	146,789,016	146,789,016
Prima media nivelada^{2/} (a)/(b) x 100	1.60	1.69	1.97	1.85	1.97	2.38

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

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

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

Fuente: Dirección de Finanzas, IMSS.

go plazo para hacer frente a los gastos del Seguro de Invalidez y Vida por prestaciones en dinero y gastos administrativos; sin embargo, se debe dar seguimiento a la evolución del gasto, así como a las variaciones que podrían darse en los supuestos.

Finalmente, los gastos considerados en este seguro no incluyen el costo de las prestaciones en dinero por gastos de funeral ni subsidios, así como tampoco incluyen los gastos médicos derivados de enfermedades y accidentes no laborales.

IV.4. Otras acciones emprendidas

A fin de reforzar las acciones emprendidas para el cumplimiento de los objetivos institucionales de brindar los servicios a los derechohabientes de forma expedita y transparente con mayor calidad y calidez, y contribuir a la viabilidad financiera del Seguro de Invalidez y Vida, en 2017 se implementaron otras acciones que plantean mejoras significativas en la atención de quienes son el sustento de sus familias: los trabajadores asegurados.

Mi Pensión Digital

Con el objetivo de simplificar y facilitar el otorgamiento de pensiones a la población asegurada y sus beneficia-

rios, el IMSS trabaja en el proyecto Mi Pensión Digital. Por un lado, en el Micrositio del Pensionado (imss.gob.mx/pensiones) se orienta al asegurado sobre documentos y pasos a seguir para obtener una pensión y se encuentra el acceso a los servicios digitales para el solicitante de pensión. Estos permiten al asegurado conocer un estimado de pensión por Cesantía en Edad Avanzada o Vejez al amparo de la Ley del Seguro Social de 1973, verificar sus datos registrados en el IMSS y los registrados en la Administradora de Fondos para el Retiro (Afore) y consultar sus beneficiarios registrados. De esta forma, podrán detectar inconsistencias en su información personal, previamente al inicio del trámite.

Por otro lado, durante el primer semestre de 2018, se lanzará un servicio que permitirá a la población asegurada interactuar de forma no presencial para conocer y validar la información que se utilizará para realizar su trámite de pensión. Actualmente, los solicitantes de pensión deben seguir un proceso complejo, realizando hasta 4 visitas a las ventanillas del IMSS para concluir el trámite. Bajo este nuevo esquema, el solicitante de una pensión podrá iniciar el proceso a través de canales no presenciales y concluirlo en una sola visita a las ventanillas del IMSS para la firma de su resolución (gráfica IV.7). En una primera fase, este servicio sólo estará disponible

GRÁFICA IV.7.

Modelo de Solicitud de Pensión

Modelo actual de solicitud de pensión

- 1  Solicitud de pensión.
- 2  Elección de régimen (LSS73/LSS97).
- 3  Elección de aseguradora.
- 4  Firma de resolución.



Nuevo modelo de solicitud de pensión

- 1  Prerregistro de solicitud de pensión por Internet.
- 2  Firma de solicitud y entrega de resolución en ventanilla.

Fuente: Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales, IMSS.

para los asegurados que sean susceptibles de obtener una pensión de Cesantía en Edad Avanzada o Vejez, que concentra 60% de las solicitudes de pensión; posteriormente, este servicio se pondrá a disposición para el resto de las pensiones.

Con los nuevos servicios digitales disponibles, habrá mayor transparencia de la información que se emplea para el otorgamiento de una pensión, se reducirán las visitas a las ventanillas del Instituto y disminuirán los tiempos de atención, en beneficio de todos los derechohabientes.

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

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

A partir del segundo trimestre de 2017 se realizaron cambios en los procesos de dictaminación y certificación del derecho, lo que permitió disminuir el tiempo promedio del proceso hasta en 39% en las pensiones de invalidez.

Pago de pensiones

En el proceso de pago a los pensionados, también se han implementado diferentes mejoras que tienen

como objetivo promover un mayor control y generar eficiencias operativas. Esto, mediante la sustitución de medios de pago tradicionales como el efectivo y los cheques. En 2010 persistía el pago en efectivo a 148 mil pensionados. Gracias a las acciones de bancarización de pensionados, al cierre de 2017 solo 2,114 pensionados cobraban en efectivo, lo que representa una reducción de 98.5%. Durante el periodo 2010-2017, el porcentaje de pensionados con cuenta bancaria pasó de 92.8% a 99.9%.

Asimismo, a partir de 2012 se habilitó la dispersión de la nómina por medio de un canal estandarizado y centralizado a cargo de la Tesorería de la Federación que utiliza el Sistema Electrónico de Pagos Interbancarios (SPEI). La dispersión de las pensiones a través de SPEI ha generado un ahorro de por lo menos 130 millones de pesos al año por concepto de comisiones a los bancos. La sustitución de los medios de pago tradicionales ha permitido ahorros, acompañados de una simplificación administrativa y un mejor control en el ejercicio de los recursos. En una siguiente etapa, el IMSS buscará exponer servicios digitales que permitan a los pensionados conocer el estado y composición de los pagos emitidos a su nombre.

Integración y control de bases de datos

Los procesos de la administración de pensiones requieren de una correcta integración de las bases de datos de los pensionados, la cual permita vincular los procesos y generar eficiencias. La depuración y limpieza de los datos personales y fiscales de los pensionados tiene un impacto positivo en el seguimiento al pago y la iden-

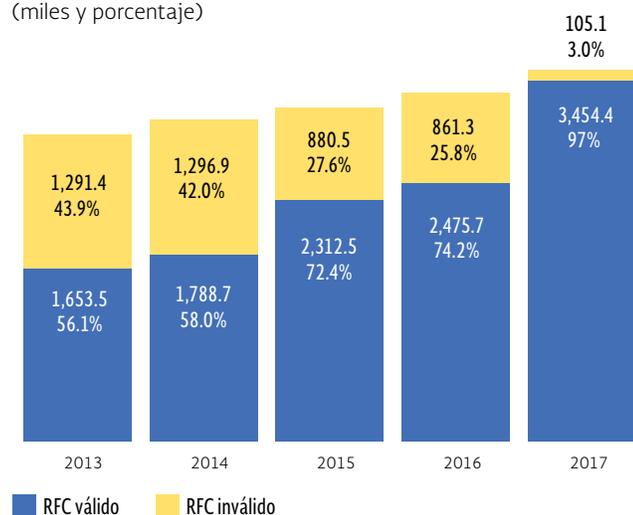
tificación de pensionados fallecidos. En este sentido, el IMSS se ha enfocado en reforzar el registro y validación de 2 datos personales básicos: la Clave Única de Registro de Población (CURP) y el Registro Federal de Contribuyentes (RFC).

Respecto a la CURP, en julio de 2015 se puso en marcha el Programa de Actualización de Datos (PAD), que permitió obtener esta Clave y corregir inconsistencias de información a más de 600 mil pensionados. Adicionalmente, desde 2014 se han implementado confrontas masivas de información con el Registro Nacional de Población e Identificación Personal (RENAPO) para validar los registros de CURP de los pensionados. Actualmente, 99.7% de los pensionados vigentes cuentan con una CURP validada ante el RENAPO. Si bien se concluyó el programa de actualización de datos sobre el universo inicial en 2015, se han incorporado nuevos pensionados para los que se requiere validar su CURP (0.3% del total).

Por otra parte, y aprovechando los avances en el registro de la CURP, en 2017, en coordinación con el Servicio de Administración Tributaria (SAT) se logró la validación e inscripción del RFC de más de 97% de pensionados vigentes (gráfica IV.8).

GRÁFICA IV.8.
Casos de Registro Federal de Contribuyentes válidos e inválidos, 2013-2017

(miles y porcentaje)



Fuente: Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales, IMSS.

Los esfuerzos para la identificación correcta de los datos personales y fiscales de los pensionados han aumentado la eficiencia en las retenciones del Impuesto Sobre la Renta (ISR) (gráfica IV.9). Sin embargo, la retención de este impuesto es sólo una de las actividades en las que el control de las bases de datos genera beneficios. El IMSS, al contar con bases de datos estandarizadas y consistentes, tiene la oportunidad de promover nuevos servicios, simplificar trámites e integrarse a un nuevo modelo de interoperabilidad entre las dependencias de la Administración Pública Federal.

Comprobación de supervivencia

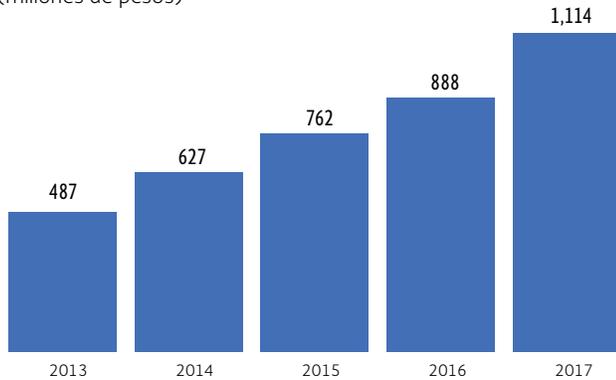
Hasta 2015, los pensionados debían acudir 2 veces por año a las ventanillas del IMSS para comprobar su supervivencia, lo que se tradujo en más de 6 millones de visitas en ese año. Si bien desde 2015 existían mecanismos no presenciales para la detección del fallecimiento de los pensionados, el IMSS no contaba con la información necesaria para realizar confrontas de información que permitieran una detección oportuna.

Las acciones de limpieza y depuración de las bases de datos personales de los pensionados fueron la base para eliminar el requisito de comprobación de supervivencia presencial y sustituirlo por confrontas masivas de información para la detección de fallecimientos. Al cierre de 2017, de la población pensionada 99.7% contaba con el beneficio de no comprobar supervivencia de forma presencial.

El Instituto trabaja conjuntamente con la Secretaría de Desarrollo Social, la Secretaría de Salud, el RENAPO y los Registros Civiles para ampliar y mejorar los canales de identificación de fallecimientos y la oportunidad con la que se detectan. Derivado de las acciones para la confronta de información sobre defunciones, en 2017 se registraron 109,125 fallecimientos comprobados (gráfica IV.10). Asimismo, ha aumentado en 14% la oportunidad para identificar el fallecimiento de un pensionado. En 2014 pasaban en promedio más de 45 días para identificar el falleci-

GRÁFICA IV.9.
Importe retenido por Impuesto sobre la Renta,
2013-2017

(millones de pesos)



Fuente: Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales, IMSS.

miento, mientras que para 2017 este tiempo se redujo a 38 días en promedio.

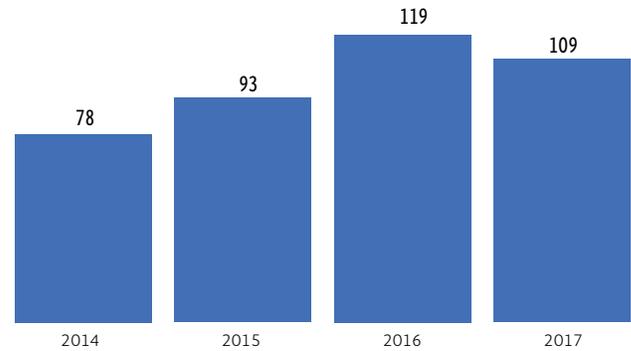
En los próximos años, se espera establecer mecanismos de colaboración con otras instituciones de seguridad social, aseguradoras, hospitales privados, entre otros, que permitan determinar la vida o el fallecimiento de los pensionados.

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

El nuevo proceso comenzó a operar en 2017 y permite a las 146 oficinas consulares de México en el extranjero realizar la comprobación de supervivencia electrónica a los pensionados que radican en más de 50 países (70% de los pensionados en el extranjero se encuentran en Estados Unidos). Entre sus beneficios destaca que se redujo el tiempo de respuesta a los pensionados a un día y aumentó la transparencia y certeza sobre la continuidad del pago a la población pensionada. Al cierre de 2017, se han realizado casi 6,800 compro-

GRÁFICA IV.10.
Fallecimientos de pensionados
por año, 2014-2017

(miles de casos)



Fuente: Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales, IMSS.

baciones de supervivencia de pensionados en el extranjero, a través de 102 oficinas consulares, en 45 países.

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

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

Incapacidad por maternidad

Como se mencionó en la sección IV.1, existe una estrecha relación entre la protección que brinda el SIV y la del SEM. En este sentido, en complemento a las acciones descritas y con el objetivo de atender diversas peticiones de aseguradas con parto prematuro, así como las recomendaciones de la Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH) y aplicar lo instruido por el Ejecutivo Federal, a partir de noviembre de 2017 entró en vigor el nuevo criterio de expedición de certificados únicos de incapacidad por maternidad.

En ese criterio se señala que todas las aseguradas, al amparo de la LSS, tendrán derecho invariablemente a la expedición de un certificado único de incapacidad por maternidad por 84 días de descanso, con independencia de la semana de gestación en la que ocurra el nacimiento. Esto siempre que el parto ocurra después de la semana 23 de gestación. De cumplir los requisitos que establece la LSS, se pagará 100% del salario que la asegurada tenga registrado ante el Instituto en el momento que se certifique el derecho al pago de subsidios.

Asimismo, prevalece la posibilidad de transferir desde 1 hasta 4 semanas de descanso del periodo prenatal al postnatal, siempre que la asegurada cumpla con los requisitos y presente su petición durante la semana 34 de gestación.

Estas nuevas medidas permitirán que las madres disfruten el mayor número de días posibles para restablecer su salud, cuidar de sus bebés y, al mismo tiempo, fomentar la lactancia materna.

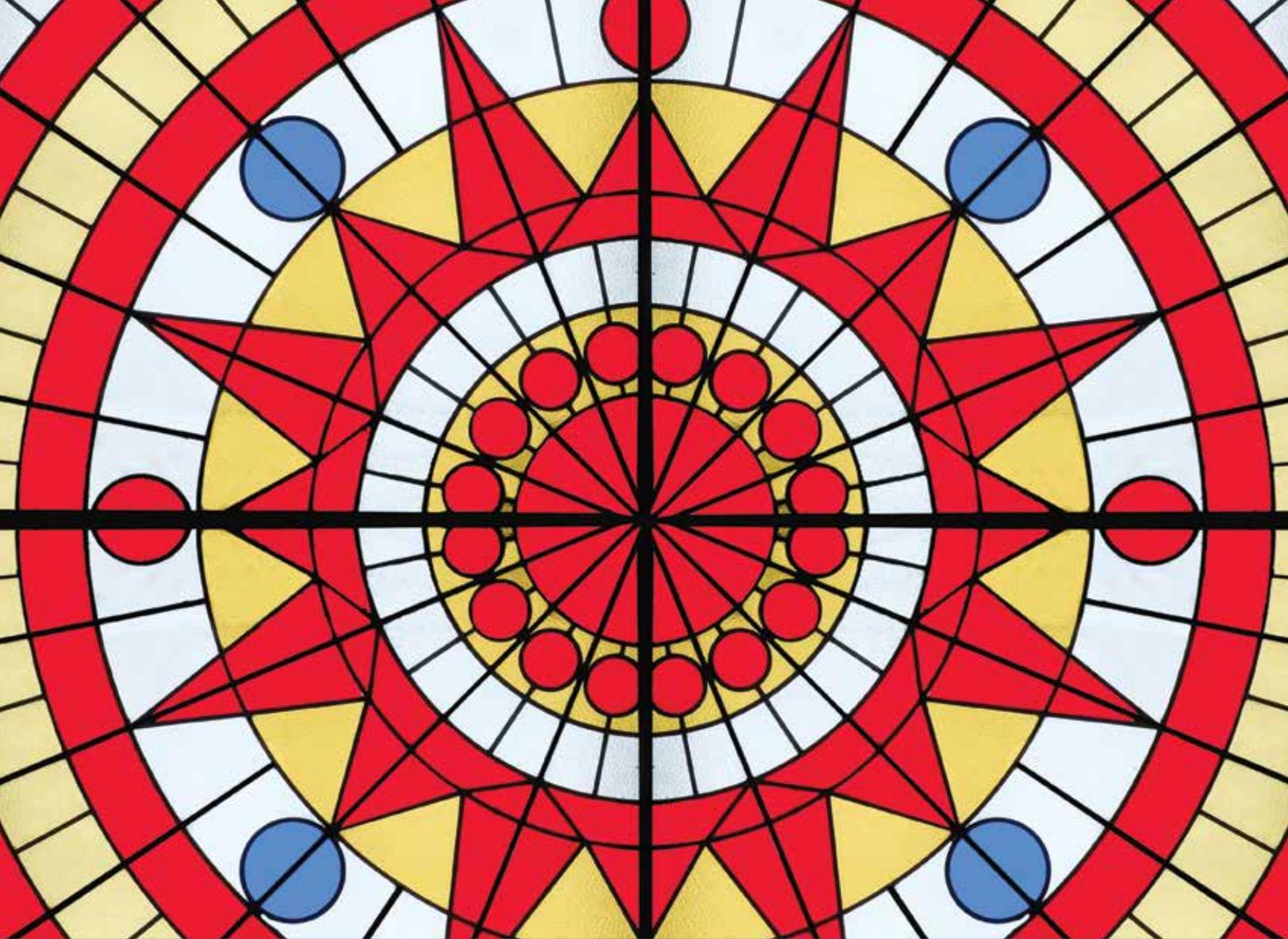
IV.5. Opciones de política

Con la finalidad de seguir contribuyendo a la viabilidad financiera del Instituto, en el Seguro de Invalidez y Vida, así como en aquellos seguros que otorgan prestaciones en dinero, se deben implementar mejoras continuas a los procesos que integran la administración de las pensiones y el otorgamiento de los subsidios. A un año de la incorporación del área de Salud en el Trabajo a la Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales, destacan las mejoras significativas al proceso para obtener una pensión por enfermedad o accidente, logrando reducir en 39% el tiempo del proceso en pensiones por invalidez.

Asimismo, se han emprendido diversas acciones cuyo propósito ha sido reforzar el cumplimiento de los objetivos institucionales, como el proyecto “Mi Pensión Digital”, el cual ha constituido uno de los retos más ambiciosos, ya que integra toda la información de la historia laboral de la población asegurada para otorgarles

una prestación económica de forma vitalicia. Esta iniciativa consta de 2 elementos, el primero, son los servicios digitales que le permiten a los asegurados conocer y validar sus datos personales, a través del Micrositio del Pensionado y así poder detectar inconsistencias para que sean corregidas de forma oportuna, previo al inicio del trámite de pensión. El segundo elemento, próximo a liberarse, consiste en un servicio que permitirá a los asegurados conocer y validar la información que se utilizará para realizar su trámite de pensión, de forma no presencial.

En lo que respecta al pago de subsidios por incapacidad temporal para el trabajo, el IMSS presentó 2 nuevos servicios digitales para facilitarle la vida a sus asegurados y a las empresas afiliadas. Ahora, es más sencillo y seguro el cobro de las incapacidades por parte de los asegurados, ya que con un solo trámite pueden recibir el pago del subsidio directamente en su cuenta bancaria. Además, por primera vez, se cuenta con una herramienta digital que permite consultar el histórico de incapacidades, tanto al propio asegurado como a su empresa.



Seguro de Enfermedades y Maternidad

Capítulo V

Este capítulo analiza la situación del Seguro de Enfermedades y Maternidad (SEM) que, de acuerdo con la Ley del Seguro Social, otorga prestaciones en especie y en dinero a trabajadores afiliados, pensionados y sus familiares, en caso de enfermedad no profesional o maternidad (cuadro V.I)⁹⁸.

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

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

⁹⁸ Ley del Seguro Social, Artículo 84.

CUADRO V.1.

Prestaciones del Seguro de Enfermedades y Maternidad

Tipo de prestación	Artículos en la Ley del Seguro Social	Concepto	Descripción
En especie	91, 92, 93 y 94	Asistencia médica, quirúrgica, farmacéutica y hospitalaria	En caso de enfermedad no profesional se otorga asistencia al asegurado, pensionado y sus beneficiarios. En maternidad entregan las prestaciones siguientes: I. Asistencia obstétrica. II. Ayuda en especie por 6 meses para lactancia. III. Una canastilla al nacer el hijo.
Prestaciones en dinero	96, 97, 98, 100, 101 y 104	Subsidios	Subsidio en dinero de 60% del salario base de cotización al asegurado por enfermedad incapacitante para el trabajo, pagado a partir del 4º día de inicio de la enfermedad y hasta por el término de 52 semanas, con prórroga de hasta por 26 semanas más. En embarazo subsidio de 100% del último salario, 42 días antes y 42 días después del parto. Ayuda de gastos de funeral, consistente en 2 meses del salario mínimo general que rija en el Distrito Federal en la fecha del fallecimiento ^{1/} .

^{1/}En atención a los acuerdos del H. Consejo Técnico ACDO.SA2.HCT.250117/26.PDJ del 25 de enero de 2017 y ACDO.IN2.HCT.290317/72.PDJ del 29 de marzo de 2017, a partir de 2017 las Ayudas de Gastos de Funeral se pagan con base en la Unidad de Medida y Actualización (UMA).

Fuente: Ley del Seguro Social.

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

La sección V.3 presenta las proyecciones de ingresos y gastos para el periodo 2018-2050, tanto en lo relativo a los asegurados como al ramo de Gastos Médicos de Pensionados; asimismo, se presentan las primas de equilibrio necesarias para cada ramo. Las proyecciones a 2050 presentadas en esta sección indican que la prima de contribución definida en la Ley del

Seguro Social no es suficiente para hacer frente a los gastos esperados.

La sección V.4 presenta una evaluación de las necesidades en salud de la población afiliada a través de 2 métodos: i) los Años de Vida Saludables Perdidos (AVISA), y ii) los principales motivos de demanda de atención médica. Las enfermedades crónico-degenerativas no transmisibles representan la mayor carga de enfermedad medida por (AVISA) y los principales motivos de Consulta Externa, mientras que las infecciones respiratorias e intestinales, la atención al parto y los accidentes siguen representando los principales motivos de demanda de atención en los servicios de Urgencias y de Hospitalización. Como se mencionó en el Capítulo I, esta situación es el resultado típico de la transición epidemiológica de una economía emergente, donde persisten las enfermedades del desarrollo, a la vez que se presentan los problemas de una población envejecida; por ello, el Instituto enfrenta el doble reto de tratar una población con enfermedades crónico-degenerativas y con enfermedades agudas (infecciosas y accidentes)

que compiten por los recursos de atención en los servicios de salud. Así, el IMSS tiene 2 grandes objetivos en el Seguro de Enfermedades y Maternidad: i) mejorar la gestión de la atención en todos los niveles, para satisfacer la creciente demanda de servicios, y ii) tener una estrategia frontal contra las enfermedades crónicas no transmisibles.

La sección V.5 analiza el primer objetivo, que consiste en la manera de mejorar la gestión de la atención médica para satisfacer la creciente demanda de los servicios de salud, a través de 4 estrategias relacionadas: i) fortalecer la prevención; ii) mejorar la gestión y eficiencia de los procesos médicos; iii) reorganizar la atención médica para eliminar los principales cuellos de botella en el transitar de los derechohabientes por los servicios de salud, y iv) prevenir riesgos maternos y mejorar la atención obstétrica.

La sección V.6 se enfoca en el segundo gran objetivo del Seguro de Enfermedades y Maternidad: hacer frente a las enfermedades crónicas no transmisibles que, debido a su complejidad, implican un alto grado de dificultad técnica y elevado costo de atención, por lo que ejercen presión en las finanzas institucionales y agravan la precaria condición financiera de este seguro. En la misma sección se presentan estimaciones del gasto que ejerce el Instituto con motivo de la atención a 6 padecimientos que concentran cerca de 32% del gasto total de este seguro: hipertensión arterial y enfermedades cardiovasculares asociadas, diabetes mellitus, cáncer cérvico-uterino, cáncer de mama y de próstata.

Considerando lo anterior, en el último año el Instituto se ha enfocado en desarrollar y fortalecer 4 acciones: i) una estrategia para mejorar la atención oportuna y expedita de pacientes con infarto cardiaco; ii) fortalecimiento del programa para atender la diabetes; iii) un modelo integral que posibilita hacer frente a los cánceres de mayor prevalencia, y iv) un programa enfocado a incrementar la donación y trasplantes de órganos, tejidos y células, que permite ofrecer mejores expectativas de sobrevivencia y de calidad de vida a pacientes diabéticos e hipertensos.

La sección V.7 presenta un plan integral dirigido a consolidar la excelencia médica en el Instituto a través de la capacitación en las mejores sedes nacionales y extranjeras, la formación de recursos humanos y la investigación; este plan incrementa la vitalidad de la educación y eleva su calidad. El IMSS cuenta con una sólida estructura y gran tradición en los campos de educación e investigación, que favorecen la consolidación de este plan integral; en el último año se ha dado continuidad a los convenios en el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología, la Alianza Médica para la Salud, la Secretaría de Educación Pública y la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios, entre otros, que han promovido la educación y la investigación en el Instituto.

La sección V.8 presenta las contribuciones del IMSS a la construcción del Sistema Nacional de Salud Universal, tal como lo establece el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018. Los resultados de los Convenios de Intercambios han mostrado beneficios en términos de mejora de la calidad y la oportunidad de atención a los derechohabientes, al tiempo que se fortalecen las finanzas del Instituto.

V.1. Estado de actividades

Con base en el Artículo 277 E de la Ley del Seguro Social, el cuadro V.2 presenta el estado de actividades del Seguro de Enfermedades y Maternidad para el ejercicio 2017 considerando 2 escenarios para el reconocimiento del costo neto del periodo del Régimen de Jubilaciones y Pensiones: i) con registro parcial, mismo que se refiere a los pagos realizados por concepto del Régimen de Jubilaciones, Pensiones y Prima de Antigüedad, y ii) con registro total. El resultado del ejercicio de este seguro fue equivalente a un déficit de operación de 46,675 millones de pesos con el registro parcial del costo neto del periodo de las obligaciones laborales del Instituto, y de 1'643,331 millones de pesos con el efecto del reconocimiento total de las obligaciones.

CUADRO V.2.

**Estado de actividades del Seguro de Enfermedades y Maternidad,
al 31 de diciembre de 2017**

(millones de pesos corrientes^{1/})

Concepto	Con registro parcial	Con registro total
	Costo neto del periodo	Costo neto del periodo
Ingresos y otros beneficios		
Ingresos de la gestión		
Cuotas y aportaciones de seguridad social	260,663	260,663
Ingresos por venta de bienes y servicios		
Ingresos por venta de bienes y servicios de organismos descentralizados	957	957
Otros ingresos y beneficios		
Ingresos financieros		
Intereses ganados de valores, créditos y bonos	4,579	4,579
Otros ingresos y beneficios varios^{2/}	10,774	9,646
Total de ingresos	276,973	275,845
Gastos y otras pérdidas		
Gastos de funcionamiento		
Servicios de personal ^{2/}	158,081	152,161
Materiales y suministros	50,506	50,506
Servicios generales y subrogación de servicios	22,741	22,741
Otros gastos y pérdidas		
Subsidios	12,123	12,123
Ayudas sociales, donativos y cuotas a organismos internacionales	1,607	1,607
Estimaciones, depreciaciones y deterioro	7,128	7,128
Otros gastos	5,207	5,207
Pagos a pensionados y jubilados IMSS ^{2/}	66,255	71,047
Costo por beneficios a empleados (RJP) ^{3/}	0	1,596,656
Total de gastos	323,648	1,919,176
Resultado del ejercicio	-46,675	-1,643,331

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

^{2/} En el rubro de Otros ingresos y beneficios varios con registro total no se consideran 1,128 millones de pesos, por la recuperación de la nómina de jubilados del Programa IMSS-PROSPERA, ya que se incluye en el rubro de Pagos a pensionados y jubilados IMSS; asimismo, en el rubro de Servicios de personal con registro total no se consideran 5,920 millones de pesos correspondientes a los pagos por prima de antigüedad y las aportaciones del Instituto al Régimen de Jubilaciones y Pensiones (RJP), de acuerdo con las cláusulas contractuales, ya que están incluidos en el rubro de pagos a pensionados y jubilados IMSS.

^{3/} El costo neto del periodo determinado por el despacho externo Lockton México Agente de Seguros y de Fianzas, S. A. de C. V. se integra por los rubros de Pagos a pensionados y jubilados IMSS y el Costo por beneficios a empleados del Régimen de Jubilaciones y Pensiones, la determinación del costo neto de 2017 para Régimen de Jubilaciones y Pensiones y Prima de Antigüedad e Indemnizaciones en favor de los Trabajadores del Instituto Mexicano del Seguro Social, se realizó considerando la NIF D-3 "Beneficios a los Empleados" y las Mejoras 2017, con lo que se elimina el factor de reconocimiento gradual de las partidas pendientes de amortizar en el cargo a resultados y se incorpora el reconocimiento inmediato del saldo pendiente de amortizar, por lo que para este seguro se realizó una asignación de 1'667,703 millones de pesos.

Fuente: Dirección de Finanzas, IMSS, a partir de los Estados Financieros dictaminados al 31 de diciembre de 2017 y 2016, y de la Valuación Actuarial del Régimen de Jubilaciones y Pensiones y Prima de Antigüedad de los Trabajadores del Instituto Mexicano del Seguro Social bajo la Norma de Información Financiera D-3 "Beneficios a los Empleados", al 31 de diciembre de 2017 y Proyecciones para 2018.

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

El IMSS ha mantenido el acceso, calidad y calidez de los servicios médicos al mismo tiempo que ha saneado sus finanzas. El cuadro V.3 muestra el incremento en los principales indicadores de producción y productividad en acciones preventivas y servicios curativos otorgados, así como los impactos en el acceso de la población derechohabiente, comparando los periodos de 2009-2012 con 2013-2017.

En las acciones preventivas, con el programa de PREVENIMSS se atendió a más de 31 millones de personas en 2017. En el periodo 2013-2017 se realizaron 7.5 millones de chequeos más que en el periodo anterior. Durante la presente Administración, la cobertura de vacunación en menores de 1 año se ha mantenido por arriba de 95% (nivel recomendado por la Organización Mundial de la Salud [OMS]), lo que ha permitido mantener erradicadas o controladas las enfermedades prevenibles mediante esta estrategia. Asimismo, durante la temporada invernal 2016-2017 se aplicaron

CUADRO V.3.
Comparación de indicadores de producción, productividad y desempeño de los Servicios médicos, 2009-2012 vs. 2013-2017
(promedios anuales)

Concepto	2009-2012	2013-2017
Prevención		
Chequeos anuales PREVENIMSS (millones)	22.7	30.2
Vacunación (cobertura en menores de un año)	95.2	95.9
Detección cáncer de mama con mastografía ^{1/} (millones)	0.8	1.2
Detección cáncer cérvico-uterino ^{2/} (millones)	2.8	2.9
Servicios Otorgados		
Consultas Unidades de Medicina Familiar en primer nivel de atención ^{3/} (millones)	86.2	87.6
Consultas Especialidades en segundo y tercer niveles de atención (millones)	19.0	19.4
Promedio de consultas de atención prenatal (promedio por embarazada)	7.6	7.8
Urgencias atendidas (millones)	17.9	20.6
Egresos hospitalarios (millones)	1.97	2.02
Intervenciones quirúrgicas (millones)	1.48	1.48
Trasplantes realizados ^{4/} (miles)	1.89	2.71
Recetas totales atendidas (millones)	150.7	187.6
Estudios de laboratorio ^{5/} (millones)	177.1	181.3
Radiodiagnóstico ^{5/} (millones)	13.3	14.9
Auxiliares de diagnóstico ^{5/} (millones)	9.5	11.0

^{1/} 2012 y 2013: detecciones de primera vez en mujeres derechohabientes de 50 a 69 años; 2014: en mujeres derechohabientes de 44 a 69 años de edad.

^{2/} 2012 y 2013: número de mujeres de 25 a 64 años de edad con citología cervical de primera vez; 2014: incluye detecciones de primera vez y subsecuentes.

^{3/} Incluye consultas dentales.

^{4/} Incluye trasplante de riñón, córnea, corazón, hígado y células progenitoras hematopoyéticas.

^{5/} No incluye servicios subrogados.

Fuentes: Coordinación de Atención Integral a la Salud en el Primer Nivel, IMSS; División de Información en Salud (DIS); Reportes de Gestión 61 y 62, IMSS; Sistema Ejecutivo de Información (SEI).

10.7 millones de dosis de vacuna antiinfluenza estacional, lo que representó 99% de la meta programada. Para la temporada 2017-2018, al corte del 7 de marzo de 2018, se han aplicado 10.6 millones de dosis, con un logro de 100% de la meta comprometida con el Consejo Nacional de Vacunación. La detección de cáncer de la mujer (mediante mastografía y Papanicolaou vaginal) se incrementó entre el periodo 2009-2012 y el periodo 2013-2017, en 400 mil mujeres por año para cáncer de mama y en 100 mil para cáncer cérvico-uterino, logrando realizar 1.2 millones de detecciones de cáncer de mama con mastografías y prácticamente 3 millones de detecciones de cáncer cérvico-uterino en promedio por año en esta Administración, de tal manera que permitió continuar con el descenso en la mortalidad por estas causas, como se muestra más adelante en la sección V.6.2.

Los servicios curativos otorgados también se han incrementado en esta Administración en comparación con el periodo 2009-2012. La Consulta Externa aumentó significativamente en los 3 niveles de atención; en el primer nivel se otorgaron 87.6 millones de consultas por año, más de 1 millón de consultas adicionales por año, en comparación con el periodo anterior. Los servicios de Consulta Externa de especialidad en hospitales de segundo y tercer niveles aumentaron casi 400 mil consultas por año. Los servicios de Urgencias aumentaron su productividad anual en cerca de 3 millones, para alcanzar casi 21 millones de consultas por año. Los servicios de Hospitalización y Cirugía también aumentaron; en 2013-2017 fueron hospitalizados 2 millones de derechohabientes y fueron intervenidos quirúrgicamente cerca de 1.5 millones por año. El número de trasplantes se incrementó cerca de 44% comparando los 2 periodos.

Este incremento en el número de servicios otorgados también es notorio en el número de recetas atendidas y en los servicios de diagnóstico realizados. Las recetas atendidas en 2017 llegaron a más de 200 millones, lo que significó un incremento de 24.5%, com-

parado con el periodo anterior. El número de estudios de radiodiagnóstico se aproximó a los 15 millones y los otros auxiliares de diagnóstico fueron 11 millones, lo que representa incrementos de 11.8% y 16.3%, respectivamente, en comparación con el periodo 2009-2012.

Con el programa de cirugía en fines de semana, de enero a diciembre de 2017 se otorgaron 54,741 consultas y se realizaron 8,450 cirugías de Traumatología y Ortopedia (cuadro V.4), con lo que se utilizaron de manera eficiente los quirófanos, se acortó el tiempo de espera para la consulta de la especialidad de 64 a 12 días en promedio y la cirugía se realizó dentro de los 15 días siguientes a la programación, para lo cual se contó con el apoyo del Sindicato Nacional de Trabajadores del Seguro Social y de cirujanos recién egresados, apoyados con médicos de mayor experiencia.

Los resultados anteriores muestran la manera en que el IMSS continúa otorgando, con calidad y oportunidad, los servicios que la población necesita, así como las mejoras en la eficiencia. El reto de los servicios de salud para los siguientes años continuará siendo evitar

CUADRO V.4.
Productividad del programa para abatir el diferimiento en cirugía de Traumatología y Ortopedia, 2017

Mes	Consultas otorgadas	Cirugías realizadas
Enero	4,815	597
Febrero	3,488	574
Marzo	3,359	563
Abril	3,686	672
Mayo	4,633	625
Junio	4,140	655
Julio	5,100	813
Agosto	4,953	714
Septiembre	4,988	864
Octubre	6,260	785
Noviembre	4,771	729
Diciembre	4,548	859
Total	54,741	8,450

Fuente: Dirección de Prestaciones Médicas, IMSS.

que la población enferme y, cuando aparezca alguna enfermedad, contribuir a que se restablezca su salud en el menor tiempo posible; en los casos de enfermos crónicos, mantener controlado su padecimiento, a fin de evitar complicaciones mayores, con lo que se podrá disminuir la carga de enfermedad y las atenciones curativas. La disminución de la incidencia de enfermedades y el control de pacientes crónicos en Medicina Familiar reducirán el número de consultas médicas asistenciales y de recetas requeridas, así como las hospitalizaciones derivadas de complicaciones de estas enfermedades crónicas.

V.3. Proyecciones financieras de largo plazo

En esta sección se presentan los resultados financieros estimados para el periodo 2018-2050 en el Seguro de Enfermedades y Maternidad, y se realiza un análisis de la suficiencia de sus primas de financiamiento. Los resultados se presentan tanto para el seguro en su totalidad como para la cobertura de Asegurados y la cobertura de Gastos Médicos de Pensionados.

Las proyecciones financieras que se determinan en este apartado están en concordancia con las proyecciones de largo plazo sobre la situación financiera global del Instituto, que se presentan en el capítulo I de este Informe. Las principales variables que se consideran para el cálculo de la situación financiera de este seguro son: i) dinámica de la población de asegurados y pen-

sionados, así como de sus familiares beneficiarios; ii) el perfil epidemiológico de la población derechohabiente, y iii) diferentes variables relacionadas con el crecimiento de la economía nacional, como inflación, crecimiento de empleo y de salarios, entre otros. El análisis sobre la suficiencia de las primas considera la estimación de una prima de contribución de referencia⁹⁹, de las primas de reparto¹⁰⁰; así como, de la prima media nivelada o de equilibrio¹⁰¹.

Los resultados de las proyecciones de ingresos y gastos del Seguro de Enfermedades y Maternidad, así como de la cobertura de Asegurados activos y de la cobertura de Gastos Médicos de Pensionados, se muestran en las secciones V.3.1, V.3.2 y V.3.3.

V.3.1. Seguro de Enfermedades y Maternidad

En la gráfica V.1 se muestra el resultado de la proyección financiera para el periodo 2018-2050 del Seguro de Enfermedades y Maternidad¹⁰² incluidas sus 2 coberturas. De estos resultados destaca que:

- Al cierre de 2018 se calcula que los ingresos del SEM ascenderán a poco más de 287 mil millones de pesos, los cuales tendrán un crecimiento real promedio anual de 2.1%, hasta alcanzar un valor de 567 mil millones de pesos en 2050.
- Los gastos del seguro superan a los ingresos en 26% en promedio anual, durante todo el periodo proyectado, los cuales se incrementarán a una tasa promedio de 2.7%, en términos reales.
- El déficit esperado en 2018 asciende a 57 mil

⁹⁹ Esta prima constituye una referencia para mostrar la situación de los ingresos de este seguro en términos del salario base de cotización de los trabajadores asegurados, con base en el régimen financiero del Seguro de Enfermedades y Maternidad definido en la LSS, la cual considera contribuciones que no están vinculadas con el salario base de cotización.

¹⁰⁰ En esta prima se expresan las aportaciones tripartitas, expresadas en porcentaje del salario base de cotización de los trabajadores asegurados, necesarias para hacer frente a los gastos del seguro en cada año de proyección.

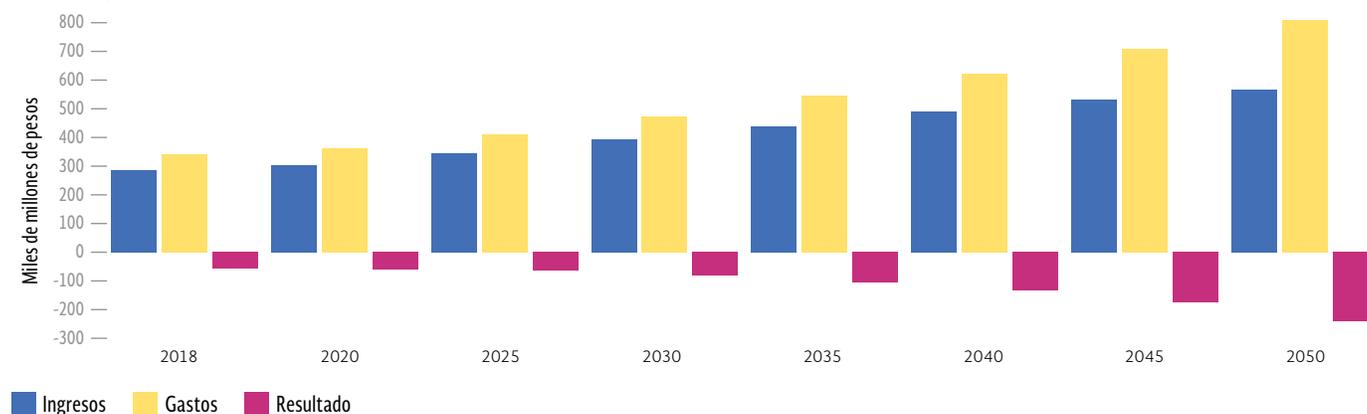
¹⁰¹ Las primas de equilibrio se refieren a las aportaciones tripartitas, expresadas en porcentaje de salario base de cotización necesarias y suficientes para garantizar que los ingresos puedan hacer frente a los gastos del seguro previstos en todo el periodo de proyección analizado.

¹⁰² En el Anexo D se muestran los resultados detallados de la proyección de la situación financiera de este seguro durante el periodo 2018-2050.

GRÁFICA V.1.

Cierre 2018 y proyección 2019-2050 de ingresos, gastos y resultado del Seguro de Enfermedades y Maternidad

(cifras en pesos de 2018)



Resultado = Diferencia financiera de los ingresos respecto a los gastos.
Fuente: Dirección de Finanzas, IMSS.

millones de pesos, lo que representa 20% de los ingresos; sin embargo, se espera que este alcance un monto de 241 mil millones de pesos en el año 2050, equivalente a 43% de los ingresos estimados para ese año. Este incremento en términos reales equivale a una tasa promedio de 4.6% por año.

Los factores determinantes que inciden en un agravamiento de la situación financiera de este seguro son fundamentalmente el envejecimiento y la transición epidemiológica de la población derechohabiente. Estos factores contribuyen a incrementar el gasto de manera sostenida, ya que por un lado, la población de adultos mayores está cobrando cada vez mayor participación respecto a la población derechohabiente total, y por otro lado, se observa un incremento en la prevalencia de enfermedades crónico-degenerativas, las cuales demandan un carga importante de recursos debido a que requieren atención especializada y tratamientos de larga duración.

Otro factor que también contribuirá en la situación financiera deficitaria de este seguro es que la relación de trabajadores activos respecto a los pensionados cada vez irá disminuyendo y por lo tanto el financiamiento de la cobertura de Gastos Médicos de Pensionados observará un crecimiento menor respecto a los gastos que se deriven de la atención de los pensionados

El análisis de la suficiencia de las primas de contribución establecidas actualmente en la Ley del Seguro Social para financiar la atención médica de los trabajadores y los pensionados, así como de sus familiares beneficiarios, indica que:

- La prima de contribución actual del seguro pasará de 12.1% del salario base de cotización en 2018 a 11.3% en 2050. La razón de esta disminución se debe al esquema de financiamiento de las cuotas por prestaciones en especie de la cobertura de Asegurados que están indexadas en su mayor parte a la Unidad de Medida y Actualización (UMA)¹⁰³.

¹⁰³ El 27 de enero de 2016 se publicó en el Diario Oficial de la Federación el Decreto por el que se declaran reformadas y adicionadas diversas disposiciones de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en materia de desindexación del salario mínimo.

- Para dar equilibrio financiero que garantice la suficiencia de ingresos y haga frente a los gastos de este seguro, se estima que la prima media nivelada para el periodo proyectado sea de 15.1% del salario base de cotización.

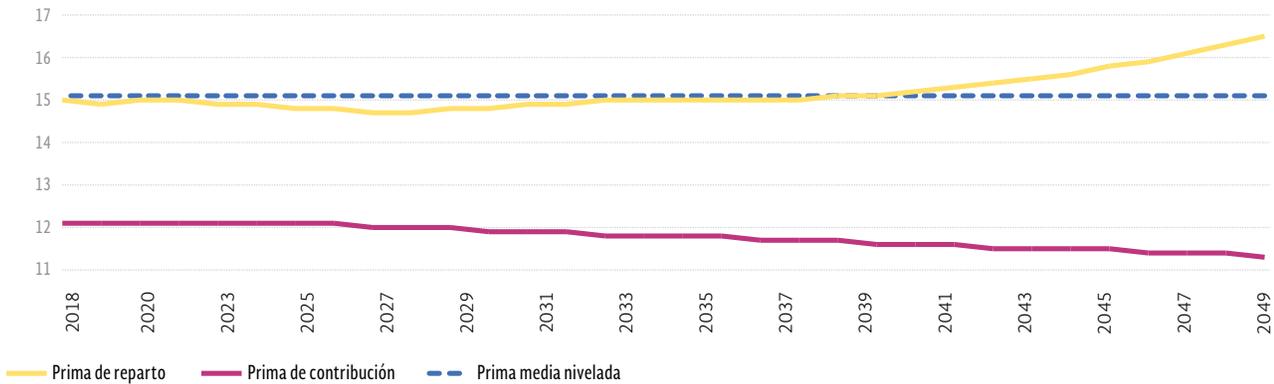
En la gráfica V.2 se muestran estos resultados.

V.3.2. Seguro de Enfermedades y Maternidad-Asegurados

Los resultados de la proyección de la situación financiera del Seguro de Enfermedades y Maternidad, en su cobertura de Asegurados, se presenta en la gráfica V.3, de la cual se puede inferir lo siguiente:

GRÁFICA V.2.

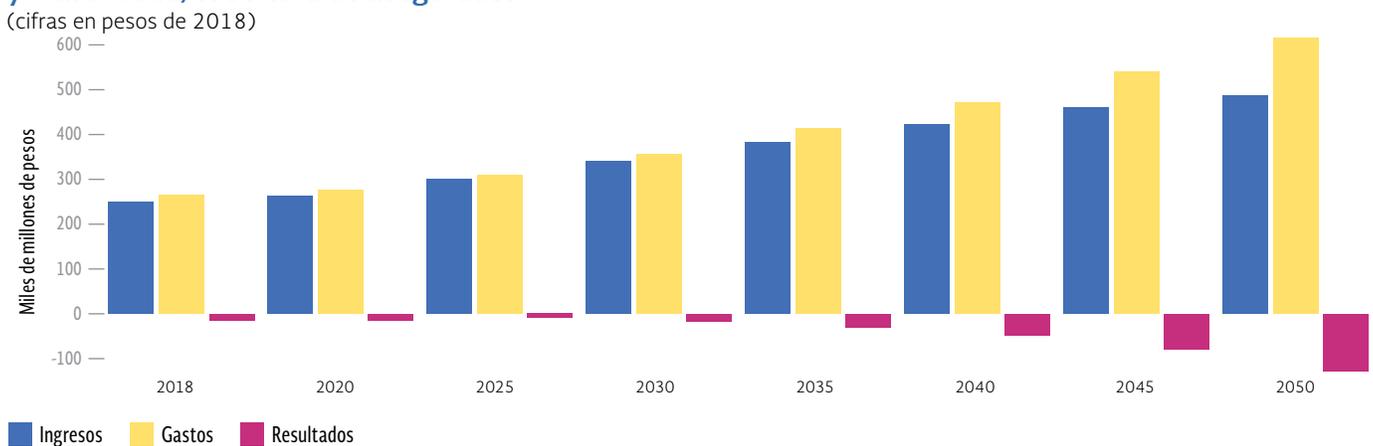
Prima de reparto, de contribución y media nivelada del Seguro de Enfermedades y Maternidad, 2018-2050 (porcentaje del salario base de cotización)



Fuente: Dirección de Finanzas, IMSS.

GRÁFICA V.3.

Cierre 2018 y proyección 2019-2050 de ingresos, gastos y resultado del Seguro de Enfermedades y Maternidad, cobertura de asegurados (cifras en pesos de 2018)



Resultado = Diferencia financiera de los Ingresos respecto a los gastos.
Fuente: Dirección de Finanzas, IMSS.

- Los ingresos totales que se espera recaudar en esta cobertura de aseguramiento en 2018 ascienden a 250 mil millones de pesos y aumentarán a un ritmo real promedio anual de 2.1% hasta alcanzar 489 mil millones de pesos en 2050.
- Los gastos estimados de este seguro aumentarán a una tasa promedio anual de 2.7%; de manera que, al cierre de 2018, el monto estimado pasará de 266 mil millones de pesos a 617 mil millones de pesos para 2050.
- La relación de suficiencia de los ingresos respecto a los gastos pasará de representar 94% en 2018 a 79% en 2050.

La prima de contribución tripartita para esta cobertura representa 10.6% del salario base de cotización¹⁰⁴ y se estima que hacia el año 2050 disminuirá a 9.8%. Lo anterior se debe a que el principal componente de las primas de financiamiento de esta cobertura está indexado a la Unidad de Medida y Actualización, cuyo crecimiento real es nulo.

Se calcula que para cubrir el déficit financiero de esta cobertura y garantizar que los ingresos serán suficientes para hacer frente a los gastos proyectados durante el periodo 2018-2050, la prima media nivelada sea equivalente a 11.5% del salario base de cotización. En 2018 se estima una prima de reparto igual a 11.6%, la cual asciende a 12.6% en 2050. La diferencia entre la prima de contribución y la prima de reparto estimada

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

Los componentes del esquema de financiamiento de las prestaciones en dinero son: una prima de 1% del salario base de cotización, de la cual los patrones cubren 0.7%, los trabajadores 0.25% y el Gobierno Federal 0.05%.

En consecuencia, el esquema de financiamiento del Seguro de Enfermedades y Maternidad-Asegurados, en la parte de prestaciones en especie, que es la de mayor peso en esta cobertura, no está basado en una prima de contribución en porcentaje del salario base de cotización.

en cada año de proyección asciende a un punto porcentual en el primer año de proyección; mientras que para 2050 esta diferencia es de 2.8 puntos porcentuales (gráfica V.4).

V.3.3. Gastos Médicos de Pensionados

La proyección de la situación financiera de la cobertura de Gastos Médicos de Pensionados se muestra en la gráfica V.5. De los resultados mostrados destaca que:

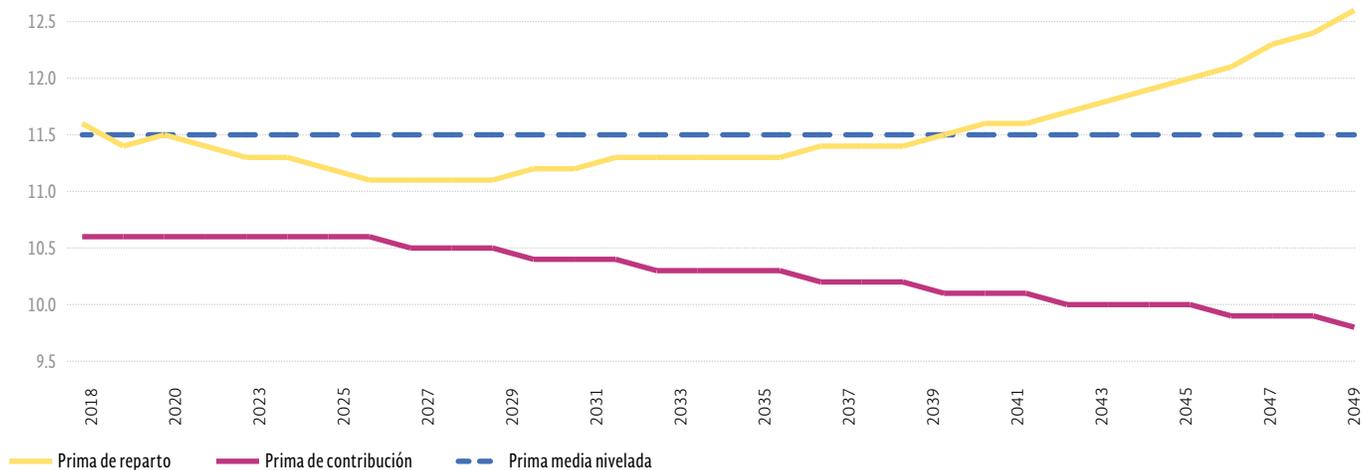
- Se espera que al cierre de 2018 los ingresos recaudados en esta cobertura asciendan a 37 mil millones de pesos, los cuales aumentarán a poco más del doble en 2050 estimándose en 78 mil millones de pesos en ese año.
- Los gastos de esta cobertura se incrementarán en 2.8% en promedio en cada año, al pasar de 78 mil millones de pesos al cierre de 2018 a 192 mil millones de pesos en 2050.
- Se prevé que el déficit que registrará esta cobertura supera en 11% al total de los ingresos en 2018; y, en 2050 lo superará en 45%.

En esta cobertura la prima de contribución establecida en la Ley del Seguro Social es igual a 1.5% del salario base de cotización; sin embargo, esta prima no es suficiente para hacer frente a los gastos derivados de la atención médica de los pensionados. La prima de reparto que se requiere para hacer frente a los gastos proyectados para cada año varía de 3.4% del salario

GRÁFICA V.4.

Prima de reparto, de contribución y media nivelada del Seguro de Enfermedades y Maternidad-Asegurados, 2018-2050

(porcentaje del salario base de cotización)



Fuente: Dirección de Finanzas, IMSS.

GRÁFICA V.5.

Cierre 2018 y proyección 2019-2050 de ingresos, gastos y resultado de la cobertura de Gastos Médicos de Pensionados

(cifras en pesos de 2018)



Resultado = Diferencia financiera de los ingresos respecto a los gastos.
Fuente: Dirección de Finanzas, IMSS.

base de cotización en 2018 a 3.9% en 2050. La prima media nivelada con la que se tendría viabilidad financiera durante todo el periodo proyectado es igual a 3.6% del salario base de cotización (gráfica V.6).

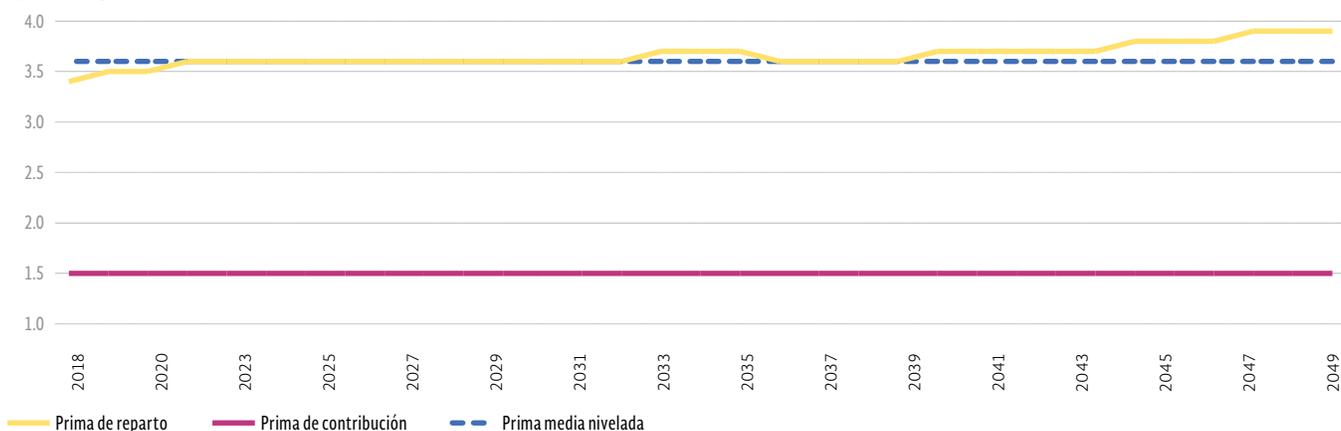
V.4. Necesidades de salud de la población derechohabiente

Con la finalidad de medir las necesidades de salud de la población, la Organización Mundial de la Salud recomienda la utilización del indicador (AVISA). Este indicador compuesto es una medida que sintetiza tres dimensiones de salud que afectan la vida de la población:

GRÁFICA V.6.

Prima de reparto, de contribución y media nivelada de la cobertura de Gastos Médicos de Pensionados del Seguro de Enfermedades y Maternidad, 2018-2050

(porcentaje del salario base de cotización)



Fuente: Dirección de Finanzas, IMSS.

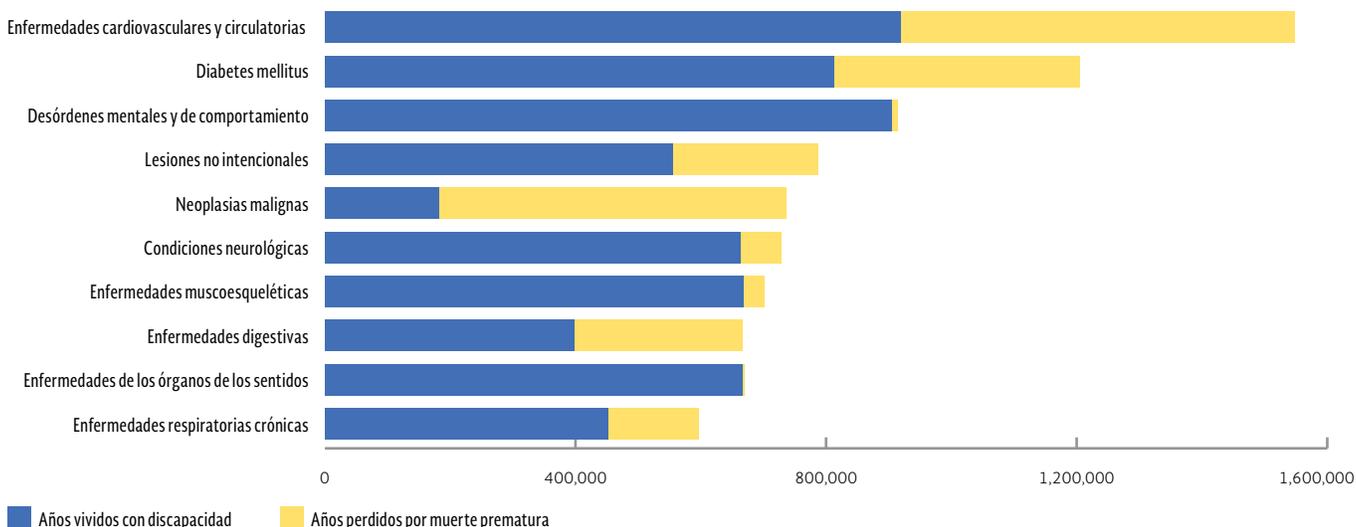
la frecuencia con la que esta se enferma, la gravedad de la enfermedad (medida como discapacidad) y la edad de la muerte; es decir, integra los años vividos con discapacidad y los años perdidos debido a la muerte prematura.

La población derechohabiente del IMSS perdió 11 millones de Años de Vida Saludable en 2010 (últi-

mo año disponible en el acervo de información hasta el momento). El grupo de enfermedades crónicas no transmisibles fue responsable de 81% de estos AVISA; las enfermedades transmisibles, condiciones maternas, perinatales y nutricionales fueron responsables de 10%, y el grupo de lesiones, de 9%. La gráfica V.7 muestra que las enfermedades cardiovasculares, diabetes

GRÁFICA V.7.

Principales problemas de salud, según Años de Vida Saludable Perdidos por Muerte Prematura y por Discapacidad en derechohabientes del IMSS, 2010



Fuente: Dirección de Prestaciones Médicas, IMSS.

mellitus, desórdenes mentales y del comportamiento, lesiones no intencionales, neoplasias malignas y condiciones neurológicas son las responsables de la mayor carga de enfermedad por la discapacidad y la muerte prematura que producen.

Las necesidades de salud de la población derechohabiente se expresan también como demanda de atención médica en Consulta Externa, en uso de servicios de Urgencias, y en uso de servicios de Hospitalización. Los cuadros V.5 al V.7 muestran que, en 2017, el IMSS otorgó 126.6 millones de consultas; de estas, 106.9 millones corresponden a Consulta Externa, incluyendo consultas de Medicina Familiar, de Especialidades y Dental, mientras que las 19.7 millones restantes corresponden a la atención de Urgencias.

Los cuadros V.5 y V.6 muestran los principales motivos de demanda de atención en Consulta Externa y de Urgencias. En el primero podemos observar que los 2 principales motivos de Consulta Externa son enfermedades crónicas; las enfermedades del corazón y la diabetes, en su conjunto, ocupan 31% de la demanda. Dentro de los siguientes 3 motivos de Consulta Externa se ubican la atención obstétrica, infecciones respiratorias, así como traumatismos y envenenamientos. En los motivos de atención en Urgencias, las enfermedades agudas, como infecciones respiratorias agudas, traumatismos y envenenamientos, así como enfermedades infecciosas intestinales, ocupan los principales motivos de consulta.

El cuadro V.7 muestra las principales causas de egresos hospitalarios. Puede observarse que la atención obstétrica, sin ser una enfermedad propiamente, es el principal motivo con 24% de los egresos y 11% de los días paciente, seguida de traumatismos y envenenamientos, con 8% de los egresos y 10% de los días paciente. De las principales enfermedades crónicas, las enfermedades del corazón, incluida la hipertensión

CUADRO V.5. 10 principales motivos de Consulta Externa (Medicina Familiar, Especialidades y Dental) en el IMSS, 2017

(cifras en millones y porcentaje)

Motivo	Total	%
1 Enfermedades del corazón	18.2	17
2 Diabetes mellitus	15.1	14
3 Embarazo, parto y puerperio	6.1	6
4 Infecciones respiratorias agudas	6.1	6
5 Traumatismos y envenenamientos	5.5	5
6 Control y supervisión de personas sanas	4.2	4
7 Artropatías	3.2	3
8 Trastornos mentales y del comportamiento	2.7	3
9 Dorsopatías	2.4	2
10 Caries dental	1.8	2
Suma	65.3	60
Total	106.9	100

Fuente: Dirección de Prestaciones Médicas, IMSS.

CUADRO V.6. 10 principales motivos de consultas de Urgencias en el IMSS, 2017

(cifras en millones y porcentaje)

Motivo	Total	%
1 Infecciones respiratorias agudas	3.1	16
2 Traumatismos y envenenamientos	2.9	15
3 Enfermedades infecciosas intestinales	1.4	7
4 Embarazo, parto y puerperio	1.4	7
5 Enfermedades del corazón	0.7	4
6 Dorsopatías	0.6	3
7 Infección de las vías urinarias	0.5	3
8 Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	0.4	2
9 Diabetes mellitus	0.4	2
10 Trastornos de los tejidos blandos	0.3	2
Suma	11.8	61
Total	19.7	100

Fuente: Dirección de Prestaciones Médicas, IMSS.

CUADRO V.7.

10 principales motivos de egresos hospitalarios en camas censables en el IMSS, 2017

(cifras en miles y porcentaje)

Motivo	Egresos	%	Días paciente	%
1 Embarazo, parto y puerperio	499	24	1,114	11
2 Traumatismos y envenenamientos	164	8	985	10
3 Enfermedades del corazón (incluye hipertensión arterial)	104	5	633	6
4 Tumores malignos	92	4	577	6
5 Colelitiasis y colecistitis	88	4	329	3
6 Insuficiencia renal	82	4	462	5
7 Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	75	4	519	5
8 Diabetes mellitus	61	3	373	4
9 Hernias	41	2	103	1
10 Neumonía e Influenza	40	2	279	3
Suma	1,245	60	5,374	55
Total	2,089	100	9,767	100

Fuente: Dirección de Prestaciones Médicas, IMSS.

arterial, y los cánceres, representan el tercer y cuarto motivos de egresos, con 9% de egresos y 12% de días paciente¹⁰⁵ en su conjunto.

Esta mezcla de padecimientos, incluyendo crónicos y agudos, tiene implicaciones importantes en la atención médica. Las enfermedades agudas, incluso las infecciosas y accidentes, requieren de consulta de manera inmediata, buscan la atención sin cita previa y compiten por los servicios de salud con la atención de enfermos crónicos, que generalmente ocupan la mayor parte de las agendas con cita previa.

En conclusión, al ser México un país emergente, enfrenta un doble reto: el primero, las enfermedades crónico-degenerativas no transmisibles, de cada vez mayor complejidad, representan la mayor carga de enfermedad medida por Años de Vida Saludables Per-

didados y los principales motivos de Consulta Externa; el segundo, las infecciones respiratorias e intestinales, atención al parto y accidentes, que siguen representando un alto porcentaje de los motivos de atención en Consulta Externa, y son los principales motivos de demanda de atención en los servicios de Urgencias y de Hospitalización.

A fin de atender estas necesidades de salud, el IMSS cuenta con 1,510 unidades médicas de primer nivel que reportan acciones en los sistemas de información médica vigentes, 244 unidades médicas de segundo nivel y 36 unidades médicas de tercer nivel (25 Unidades Médicas de Alta Especialidad y 11 unidades complementarias, como son Bancos de Sangre, Unidades de Rehabilitación, Hospitales Psiquiátricos, Hospital de Ortopedia y Hospital de Infectología).

¹⁰⁵ Días pacientes: Periodo de servicios prestados a un paciente interno, entre las horas en que se toma el censo diario, es decir, de 12:01 a.m. a 12:01 a.m. del día siguiente. El día paciente se cuenta también para el individuo que ingresa y egresa el mismo día, siempre que ocupe una cama censable y se prepare una Historia Clínica. Fuente: NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-035-SSA3-2012, en Materia de Información en Salud, Publicada en el Diario Oficial de la Federación 30/11/2012.

V.5. Gestión de la atención médica

Uno de los principales retos en la atención médica en el IMSS es el acceso efectivo a los servicios de salud. Este se refiere a la oportunidad que los derechohabientes tienen de hacer uso de los servicios de salud en el momento que lo requieran.

A fin de responder a la demanda de los pacientes sin cita, el IMSS instrumentó, a partir de 2015, el proyecto de Unifila: Pacientes sin cita y, para el caso de pacientes que requieren atención de un especialista del segundo nivel, el proyecto de Referencia, logrando hasta el momento la disminución de tiempo para recibir atención por parte de los Médicos Familiares y para recibir una cita en los hospitales de segundo nivel.

Posterior a la implementación en 2015 del programa Unifila: Pacientes sin cita, en 37 Unidades de Medicina Familiar de las 35 delegaciones del país, que benefició a 6.1 millones de derechohabientes, posteriormente durante el 2017, se alcanzaron las 300 unidades, adicionalmente en otras 149 unidades se implementó transferencia de cita, beneficiando a 46.5 millones de derechohabientes, cifra que corresponde a 85% del total de la población adscrita.

A la par de la implementación en 2015 de la iniciativa de Referencia en 2 hospitales del Valle de México, se desplegó en 33 delegaciones del país, en un hospital y todas las Unidades de Medicina Familiar que componen su área médica.

De enero de 2016 a enero de 2017 se implementó la iniciativa de Referencia en 176 hospitales de segundo nivel, beneficiando a 51.1 millones de derechohabientes, lo que corresponde a 100% del total de la población adscrita. Esta iniciativa ha permitido que los pacientes obtengan, en los 30 minutos posteriores a su consulta de Medicina Familiar, su pase al hospital que fueron derivados, evitando hacer filas y trámites engorrosos.

En el área de trasplantes se instauró un proyecto que consta de 3 ejes de acción: i) incrementar la donación cadavérica; ii) favorecer el envío oportuno de pacientes, y iii) fortalecer los programas de trasplantes,

con lo que se espera incrementar en 10% la realización de trasplantes y en 14% la donación.

V.5.1. Prevención Vacunación

El país cuenta con un programa de vacunación exitoso, moderno y de amplia cobertura. Con el objetivo de contribuir a la vacunación universal, en 2017 el IMSS aplicó 29.8 millones de dosis de vacunas (cuadro V.8). La aplicación de vacuna Sabin se realizó en la Primera y Tercera Semanas Nacionales de Salud en las instituciones del Sistema Nacional de Salud, debido a que hubo desabasto. Desde 2007, año en que se introdujeron las vacunas pentavalente acelular (difteria, tétanos, pertusis acelular, antipoliomielítica inactivada y *Haemophilus influenzae b*, antineumoco y antirotavirus, las coberturas de vacunación de la población se han mantenido entre 94% y 97%. En el periodo 2013-2017, la cobertura de vacunación con esquema básico completo en niños menores de 1 año de edad se mantuvo por arriba de 95%, acorde con las recomendaciones de los organismos internacionales. La acción conjunta del

CUADRO V.8.
Población y dosis por tipo de vacunas aplicadas en 2017

Biológico	Población	Dosis
Antipoliomielítica	3,187,148	6,249,844
Pentavalente	1,192,744	2,163,733
DPT (Difteria, tos ferina y tétanos)	727,210	727,210
BCG (Tuberculosis meníngea)	533,568	573,092
Antirrábica humana	17,528	87,638
Antihepatitis B	533,568	1,412,577
Antineumocócica	1,192,744	1,631,387
Triple viral	1,452,720	1,182,236
Toxoide tetánico diftérico	3,509,615	3,509,615
Otras	3,220,910	1,417,699
Antiinfluenza	10,936,469	10,936,469
Total	26,504,224	29,891,500

Fuente: IMSS.

Sistema Nacional de Salud ha sido fundamental en la erradicación de la poliomielitis, la eliminación del sarampión, rubéola, síndrome de rubéola congénita y la difteria del territorio nacional, así como en el control del tétanos neonatal y no neonatal, rubéola congénita, tos ferina y enfermedades invasivas por *Haemophilus influenzae b*. Respecto a la cobertura de vacunación con esquemas completos en niños menores de 1 año, al cierre de 2017 se han completado 509,621 esquemas, lo que representa un avance de 95.5%.

Revisión anual PREVENIMSS

Las acciones de promoción de la salud, prevención y detección de enfermedades se integran en la revisión anual PREVENIMSS. La gráfica V.8 muestra el incremento constante en la cobertura de esta revisión preventiva.

En 2017 se realizaron 31.6 millones de chequeos en los 3,659 módulos de atención preventiva, o bien a través de las estrategias de extensión en las empresas y escuelas. Para alcanzar esta meta, se establecieron las siguientes estrategias:

- Captar a la población derechohabiente que acude a la Unidad de Medicina Familiar pero no asiste a

PREVENIMSS, asegurando que a los derechohabientes que acuden a los módulos PREVENIMSS les sean otorgadas todas las acciones preventivas de acuerdo con su grupo de edad, sexo y factores de riesgo, optimizando los recursos disponibles para mejorar la eficiencia operativa del programa.

- Focalización de grupos de acuerdo con la medición de sus riesgos, diseño de chequeos priorizados de acuerdo con focalización y expansión de espacios PREVENIMSS: empresas y subrogados.

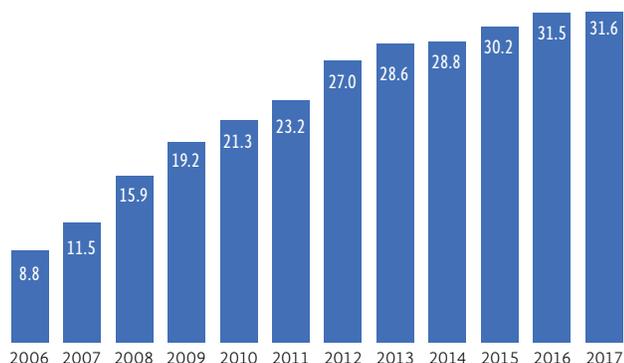
Aunque el número de chequeos se incrementó en más de 8 millones en los últimos 7 años, el principal reto es lograr que las personas de mayor riesgo acudan a realizarse este chequeo anual, con la intención de lograr una cobertura y tamizaje más efectivo en los derechohabientes cuyos antecedentes familiares y estilos de vida los hacen más susceptibles de desarrollar enfermedades crónicas.

Para el grupo de estudiantes, se cuenta con la estrategia PREVENIMSS en escuelas y universidades, que cada año lleva atención preventiva a planteles educativos de escuelas públicas de los niveles medio superior, superior y de postgrado. Durante 2017 se beneficiaron 1'164,695 alumnos con su chequeo PREVENIMSS realizado de manera intra y extramuros, lo que representa 10.1% más de lo realizado en 2016 (1'057,008).

Durante 2017, a través de PREVENIMSS en empresas, se atendió a 1'497,710 trabajadores en su centro laboral, lo que representa 8.9% más de lo realizado en 2016 (1'374,682); esto hace más accesibles los servicios de prevención hacia los trabajadores al acercar la atención a sus centros de trabajo.

ChiquitIMSS Junior es una Estrategia Educativa de Promoción de la Salud PREVENIMSS, impartida por personal de Trabajo Social y Promotores de Salud a niñas y niños de 3 a 6 años de edad, así como a sus padres o tutores, para fortalecer las acciones de promoción de la salud impartidas por el personal de Enfermería durante la atención de PREVENIMSS, y las recomen-

GRÁFICA V.8.
Número de derechohabientes que recibieron revisión anual PREVENIMSS, 2006-2017
(millones de personas)



Fuente: Dirección de Prestaciones Médicas, IMSS.

daciones emitidas por los médicos familiares durante la atención médica. En esta Estrategia Educativa de Promoción de la Salud, que se desarrolla en Unidades de Medicina Familiar y guarderías, a través de sesiones lúdicas y vivenciales, se promueve el autocuidado de la salud y se propicia la adopción de estilos de vida saludables que favorezcan la prevención de enfermedades y riesgos para la salud. En 2017 se realizaron 4,726 cursos, capacitando a 99,285 niñas y niños, y 60,432 padres o tutores. Desde su inicio en 2010 al cierre de 2017, se han impartido 33,204 cursos, en donde se ha capacitado a un total de 683,846 niñas y niños, y 430,192 padres o tutores.

A partir de enero de 2017, inició la Estrategia “ChiquitIMSS”, con los mismos fundamentos de “ChiquitIMSS Junior”, pero enfocada a niñas y niños de 7 a 9 años de edad, así como a sus padres o tutores, impartida por personal de Trabajo Social y Promotores de Salud en Unidades de Medicina Familiar y escuelas. En 2017, a través de esta estrategia se realizaron 2,362 cursos, capacitando a 53,284 niñas y niños, y 26,222 padres o tutores.

La vigilancia del peso y talla de los niños ha contribuido a disminuir en 4.8% la prevalencia de obesidad en los menores de 5 años, y en 14.9% en los niños de 5 a 9 años; sin embargo, se observa un incremento menor a

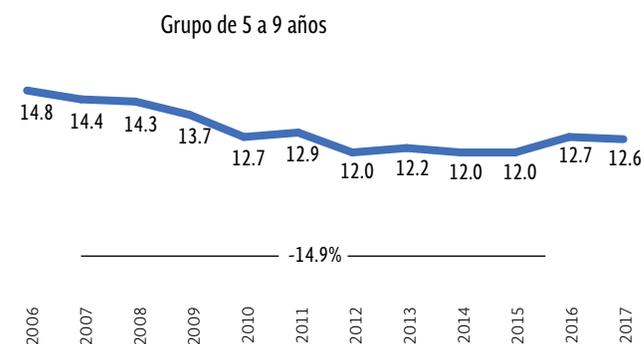
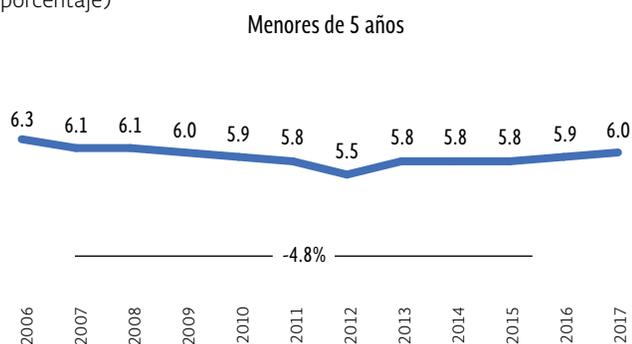
un punto porcentual en 2016, por lo que habrán de fortalecerse las acciones para la prevención de la obesidad en ambos grupos (gráfica V.9).

Las Estrategias Educativas de Promoción de la Salud “JuvenIMSS Junior” (para adolescentes de 10 a 14 años de edad) y “JuvenIMSS” (para adolescentes de 15 a 19 años de edad) continúan consolidándose, con fundamento en la educación entre pares adolescentes; se caracterizan por ser proactivas en el manejo de los temas de interés, e incluyen el desarrollo de habilidades para la vida, reforzamiento de la resiliencia y la promoción de conductas saludables, entre las que destacan: alimentación correcta, consumo de agua simple potable, práctica de actividad física, salud sexual y reproductiva, prevención de violencia y adicciones, entre otros, a través de dinámicas participativas donde el aspecto lúdico es primordial. En 2017 se realizaron un total de 3,781 cursos donde se capacitó a 79,644 adolescentes en “JuvenIMSS Junior”, y 5,716 cursos donde se capacitó a 127,219 adolescentes en “JuvenIMSS”. Desde su implantación en 2006 hasta el término de 2017, el personal de Trabajo Social y Promotores de Salud ha impartido 47,294 cursos con 1'405,242 adolescentes capacitados en ambas estrategias.

En mayo de 2012 se dio a conocer la Estrategia Educativa de Promoción de la Salud “Ella y Él con PREVENIMSS”, que es impartida por personal de Trabajo

GRÁFICA V.9.
Tendencia de obesidad en niños, 2006-2017

(porcentaje)



Fuente: Dirección de Prestaciones Médicas, IMSS.

Social y Promotores de Salud a mujeres y hombres de 20 a 59 años de edad, para fortalecer las acciones de promoción de la salud que brinda el personal de Enfermería durante la atención de PREVENIMSS, así como las recomendaciones emitidas por los médicos familiares durante la atención médica. Desde 2012 a diciembre de 2017 se han realizado 32,234 cursos en los que se capacitó a 522,058 mujeres y 261,304 hombres; cabe resaltar que en 2017 se realizaron 6,121 cursos donde se capacitó a 81,110 mujeres y a 49,510 hombres.

A su vez, la Estrategia Educativa de Promoción de la Salud “Envejecimiento Activo PREVENIMSS” es impartida igualmente por personal de Trabajo Social y Promotores de Salud a personas adultas mayores de 60 y más años de edad, para fortalecer las acciones de promoción de la salud que brinda el personal de Enfermería durante la atención de PREVENIMSS, así como las recomendaciones emitidas por los médicos familiares durante la atención médica. Está enfocada a propiciar el envejecimiento activo y saludable, autoestima y conciencia de su valor social, permitiendo generar redes sociales de apoyo mediante un modelo lúdico, participativo y vivencial, que facilita un aprendizaje significativo. Desde 2012 al cierre de 2017, se han realizado 23,034 cursos con un total de 436,139 personas adultas mayores capacitadas. En 2017, se capacitó a un total de 90,390 adultos mayores en 4,897 cursos.

A partir de enero de 2016 se implementó la Estrategia de Educación Nutricional denominada NutrIMSS “Aprendiendo a comer bien”, dirigida a pacientes con sobrepeso, obesidad, prediabetes, prehipertensión, diabetes, hipertensión y dislipidemias, impartida en unidades médicas de primer nivel con servicio de Nutrición. De enero de 2016 a diciembre de 2017 se ha capacitado en alimentación correcta, a través de esta estrategia, a un total de 380,976 derechohabientes.

Servicios de Prevención y Promoción de la Salud para Trabajadores IMSS

La promoción de la salud en el IMSS, especialmente para sus propios trabajadores, es una estrategia para mejorar su calidad de vida, lo cual, se realiza a través de 130 Servicios de Prevención y Promoción de la Salud para Trabajadores IMSS (SPPSTIMSS), distribuidos en 35 Delegaciones (UMF y Hospitales de segundo nivel), 23 UMAE y 6 en Nivel Central. Cada servicio cuenta con un Médico, una Enfermera y un Auxiliar Universal de Oficina.

Durante 2017, se realizaron actividades en 1,392 centros laborales IMSS, en los que prestan sus servicios un total de 327,889 trabajadores.

Son 5 líneas de acción, con las que se lleva a cabo la promoción, con las cuales se obtuvieron los siguientes resultados:

1. Promoción de la Salud y Prevención de Daños:
 - 120,960 chequeos anuales preventivos y Encuestas epidemiológicas y calidad de vida en el trabajo.
 - 148,254 inmunizaciones.
 - 4,960 trabajadores derivados a grupos de apoyo en alcoholismo, tabaquismo y otras drogas.
 - 290 asesorías sobre hostigamiento y acoso sexual laboral.
 - 516 asesorías sobre hostigamiento y acoso laboral.
 - 3,371 talleres educativos.
 - 529 grupos de apoyo nutricional y actividad física.
 - 57,848 trabajadores(as) participantes en actividades colectivas de salud (ferias, listones contra la violencia de género, por la salud de la mujer, etcétera).
2. Vigilancia de la Salud:
 - Se realizaron 112,823 exámenes médicos periódicos.
3. Intervención en Incapacidad:
 - Se realizaron 29,214 gestiones médico-administrativas en trabajadores con incapacidad tem-

poral por arriba de los días probables de recuperación y recurrentes, de los cuales 22,961 se resolvieron (79%).

4. Vigilancia del Ambiente de Trabajo:

- Se efectuaron 1,406 Recorridos en Centros Laborales IMSS.
- Se realizaron 511 Diagnósticos de Salud y Seguridad.
- Se solicitaron 91 Estudios Analíticos de Higiene Industrial.
- En 2017 se agregaron 67 centros de trabajo IMSS que han obtenido el distintivo como “libres de humo de tabaco”, alcanzándose un total de 1,348, lo que representa 59% del total.

5. Asistencial:

- Se otorgaron 4,550 atenciones médicas de primeros auxilios.

V.5.2. Mejorar la gestión y eficiencia de los procesos médicos

El IMSS está instrumentando medidas que incrementen el acceso a la consulta médica en todos los niveles de atención y que mejoren la capacidad resolutive en Urgencias y Hospitalización, áreas en donde se observan los principales cuellos de botella del flujo de pacientes durante su transitar en el proceso de salud. Con estas medidas se mejoran los tiempos de espera y la calidad de la atención, y se liberan espacios en la consulta.

Estrategias para mejorar el acceso a la Consulta Externa

En el IMSS, 84% de las consultas se otorga en la Consulta Externa del primer nivel y de Especialidades, motivo por el cual es prioritario el desarrollo continuo de estrategias que mejoren el acceso a estos servicios y garanticen una mejor calidad. A continuación se presentan 3 programas enfocados a facilitar el acceso hacia la Consulta Externa.

Unifila: Pacientes sin cita

Esta estrategia consiste en reorganizar la agenda de citas en Unidades de Medicina Familiar a fin de aumentar la disponibilidad de espacios en la agenda para los asegurados sin cita e implementar un módulo Unifila para transferencia de pacientes a consultorios médicos con disponibilidad de espacio, de forma equitativa entre los médicos, y de acuerdo con las cancelaciones de pacientes de cada consultorio; esto aumenta el acceso a la atención de manera oportuna y disminuye los tiempos de espera.

Esta iniciativa se desarrolló en dos fases; durante la primera se implementaron 300 UMF de 10 o más consultorios, mientras que en la segunda fase se implementaron 149 UMF de 5 a 9 consultorios, esto representa un total de 449 UMF implementadas, beneficiando a 46.5 millones de derechohabientes, equivalente a 85% de la población adscrita a Unidades de Medicina Familiar en el IMSS.

Con este programa, a diciembre de 2017, los tiempos de espera desde la llegada a su consultorio hasta la atención por el médico asignado por Unifila, han pasado de 133 a 59 minutos en estas Unidades de Medicina Familiar, lo que representa una disminución de 56% del tiempo de espera equivalente a 74 minutos. Actualmente, cada mes se atiende en el módulo Unifila a 500 mil derechohabientes que acuden sin cita y que no contaban con espacio disponible para su atención en el consultorio de su adscripción.

Fortalecer el mecanismo de Receta Resurtible

El más claro ejemplo de medidas que mejoran la atención al derechohabiente es la Receta Resurtible, que permite a pacientes con enfermedades crónicas controladas contar con los medicamentos prescritos, para un periodo de hasta 90 días en lugar de 30, sin necesidad de consulta médica.

En el primer nivel de atención, el empleo de la Receta Resurtible inició en agosto de 2013, y ha ido en constante aumento. Esta iniciativa ha permitido liberar

espacios que fueron aprovechados por otros derechohabientes, acortando los tiempos de espera y mejorando el servicio (cuadro V.9).

En noviembre de 2014 inició el programa Receta Resurtible en segundo nivel de atención con una prueba piloto para la atención de pacientes con VIH en 6 hospitales, que permitió liberar 3,426 espacios de consulta externa de especialidades para esa patología. En el segundo semestre de 2015, se incrementó a 19 padecimientos crónicos controlados en hospitales con Expediente Clínico Electrónico, principalmente en la atención de pacientes con enfermedad por VIH, cáncer de mama, cáncer de próstata, poliartritis inflamatoria, trasplante renal y asma. Como resultado de este programa, en 2016 se liberaron 97,510 espacios y en 2017 se alcanzaron 191,175. Además de la Receta Resurtible a través del Expediente Clínico Electrónico, en 2015 se impulsó la modalidad manual del Programa Receta Resurtible en la Unidad Médica de Atención Ambulatoria (UMAA) de Querétaro para la atención de pacientes con cáncer de mama y próstata. Al concluir 2016 se liberaron 1,496 espacios de consulta de especialidades en el consultorio de Oncología y 1,151 en 2017. En 2018 se buscará ampliar las unidades con la herramienta electrónica que permita emitir la Receta Resurtible; actualmente son 69 unidades.

En 2017, en el tercer nivel de atención, se implementó el programa en 20 Unidades Médicas de Alta

Especialidad, se incluyeron 105 padecimientos al programa y se otorgaron 29,741 Recetas Resurtibles liberando 59,380 espacios de consulta.

Coordinación entre niveles de atención

Uno de los principales retos en la atención médica en el IMSS es el acceso efectivo a los servicios de salud; esto es, la oportunidad que tiene la población derechohabiente de hacer uso de los servicios de salud en el momento que lo requiera. El IMSS, al contar con los 3 niveles de atención, tiene la oportunidad, como pocos sistemas de seguridad social, de proveer un servicio coordinado entre ellos. Sin embargo, hasta hace poco tiempo el sistema de referencia a uno y otro nivel era complejo. Después de que el médico familiar decidía el envío de un paciente al segundo nivel, este último debía realizar trámites administrativos, lo que le llevaba invertir 3 o más horas de su tiempo.

Derivado de lo anterior, se implementó la iniciativa Referencia a Segundo Nivel en 176 Hospitales, alcanzando un logro de 100% de la meta programada en el 2017, en beneficio de 56 millones de derechohabientes.

En el año 2017 se logró un avance de 7'898,820 solicitudes de referencia atendidas. Actualmente, 96.5% de los derechohabientes espera menos de 30 minutos para la asignación de su cita. Con un tiempo de espera promedio de 9 minutos, entre el fin de su consulta y su cita entregada.

CUADRO V.9.

Comportamiento de la emisión de Receta Resurtible en el primer nivel

Año	Total de recetas emitidas
2013 (agosto)	1,033,913
2014	3,316,109
2015	4,005,920
2016	4,659,856
2017	4,695,923

Fuente: IMSS.

V.5.3. Reorganizar la atención médica para eliminar los principales cuellos de botella

Optimización de los servicios de Urgencias

En el segundo semestre de 2015 se realizó la prueba piloto del proyecto “Mejorar la atención en los servicios de Urgencias”, con los siguientes resultados: i) el porcentaje de pacientes donde la atención inicial fue *Triage*¹⁰⁶

¹⁰⁶ *Triage*: Clasificación de pacientes. Sistema de selección de pacientes que acuden al servicio de Urgencias, el cual consta de 5 niveles, de acuerdo con la severidad del motivo de solicitud de atención médica: reanimación, emergencia, urgencia, urgencia menor y sin urgencia, con colores establecidos.

incrementó de 43 a 94% (valor de referencia (VR) $\geq 90\%$); ii) el porcentaje de pacientes donde el tiempo de atención en *Triage* es menor o igual a 5 minutos mejoró de 70 a 82%, y disminuyó el tiempo promedio de atención de 5 a 3 minutos (VR ≤ 5 minutos).

Con base en estos resultados de la prueba piloto, se decidió el despliegue nacional de esta iniciativa en 2016. En marzo de 2017 concluyó la implementación de la iniciativa en 154 Hospitales Generales Regionales y de Zona, lo que corresponde a 100% de los mismos. A diciembre de 2017 se obtuvieron los siguientes resultados: i) el porcentaje de pacientes donde la atención inicial fue *Triage* incrementó de 94 a 99% (valor de referencia (VR) $\geq 90\%$); ii) el tiempo promedio de atención en *Triage* fue de 4 minutos (VR ≤ 5 minutos).

Con el objetivo de que el personal realice el *Triage* en forma sistematizada, en coordinación con la División de Innovación Educativa, el 16 de marzo de 2017 se inició la capacitación con el curso en línea “*Triage* para el Profesional Médico”, el cual tiene como beneficio: homologar el proceso, priorizar la atención médica y reducir el tiempo de clasificación y asignación del nivel de gravedad. Durante 2017 accedieron al curso 2,926 médicos.

Optimización del recurso cama en hospitalización

En 2014 se realizó una prueba piloto del proyecto nacional Gestión de Camas en 20 hospitales, en los que, mediante recorridos de equipos multidisciplinarios constituidos por personal Médico, de Enfermería, Trabajo Social, Asistentes Médicas, Conservación, así como de Limpieza e Higiene o Servicios Básicos, facilitan el flujo entre egresos e ingresos a los servicios de Hospitalización, a fin de disponer de camas censables para su nueva ocupación a través de: i) la organización de la prealta y alta efectiva del paciente, y ii) el acortamiento de tiempos para limpieza, conservación y preparación de la cama.

En 2015 se desplegó el programa a 20 hospitales más en 17 delegaciones, obteniendo una disminución de 35 horas del tiempo “cama vacía” con respecto a la medición basal (50 horas), y se obtuvo un incremento de la ocupación hospitalaria de 9 puntos porcentuales (de 79% a 88%). Durante 2016 se continuó la implementación, misma que concluyó en marzo de 2017, con la cobertura en 100% de los Hospitales Generales y Regionales de las 35 delegaciones del Instituto. A diciembre de 2016 se obtuvo un tiempo promedio de 14 horas por cama vacía y a diciembre de 2017 se disminuyó a 11.9 horas. Si se considera únicamente la División de Medicina Interna y la División de Cirugía, el tiempo promedio es de 2.8 horas tomando en cuenta los 154 hospitales implementados.

Para el fortalecimiento de la iniciativa de Gestión de Camas y a fin de automatizar el proceso, a partir del segundo semestre de 2017 se ha participado en la prueba piloto del Sistema Institucional de Optimización de Cama (SIOC) en el HGR No. 1 Charo, Michoacán; HGZ No. 1 Tepic, Nayarit, y HGZMF No. 1 Pachuca, Hidalgo, así como en la UMAE HE Ciudad Obregón, Sonora, con buenos resultados. En 2018 se buscará llevar el sistema al menos en una unidad por delegación, en aquellas que cuenten con las características mínimas requeridas de infraestructura electrónica.

Fortalecimiento de la productividad de las Unidades Médicas de Atención Ambulatoria (UMAA)

Con la finalidad de optimizar recursos institucionales, con obras de menor costo de construcción y operación para el Instituto, se crearon las Unidades Médicas de Atención Ambulatoria (UMAA), en un inmueble diseñado y equipado para dar atención terapéutica médica o quirúrgica de acuerdo con su capacidad resolutoria, en la que el paciente egresa el mismo día en condiciones estables y sin haber hecho uso de cama hospitalaria.

Las UMAA brindan atención médica y quirúrgica en servicios de alta demanda como Cirugía Ambulatoria (la

cual incluye Cirugía General, Oftalmología, Otorrinolaringología, Ortopedia y Urología). Asimismo, se otorgan servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento como: endoscopias (de tubo digestivo alto y bajo, broncoscopias y urológicas), espirometrías, inhaloterapia, hemodiálisis, aplicación de láser oftálmico y quimioterapia.

La aportación de las Unidades Médicas de Atención Ambulatoria a la productividad de los Hospitales Generales de segundo nivel de atención, en el periodo enero-diciembre de 2017 fue: i) 19.6% de la cirugía ambulatoria; ii) 15.7% de las sesiones de hemodiálisis intramuros en este nivel de atención; iii) en terapia láser se concentra 27.6% de las sesiones realizadas, y iv) en espirometría, 61.4%. Lo anterior mejora la capacidad resolutive de los hospitales de segundo nivel de atención incluidos en la zona de influencia de esas Unidades.

Con el propósito de reducir el número de pacientes con discapacidad visual evitable por catarata y retinopatía diabética se han constituido los Centros de Excelencia Oftalmológica (CEO) que funcionan como un modelo de Centro con influencia regional en la atención oftalmológica integral, dentro del inmueble de algunas UMAA. Durante 2017 se inauguraron 3 CEO, en Guadalajara, Morelia y Campeche, que se sumaron a otros 4 ya en operación, 2 más en implementación y otro que por necesidades epidemiológicas se ubicó en el Hospital General de Zona No. 50 de la Delegación San Luis Potosí.

En el lapso comprendido entre marzo y noviembre de 2017, iniciaron operaciones 8 CEO. En este periodo se otorgaron 16,328 consultas, se realizaron 2,973 cirugías de extracción de catarata y colocación de lente intraocular, y se efectuaron 1,415 sesiones de láser.

En la gráfica V.10 se observa que estas unidades médicas incrementaron su productividad en quimioterapia. En el resto de los servicios, se observa una disminución de la productividad en hemodiálisis, la cual se debe a la fusión de la UMAA respectiva con la que contaba el Hospital General Regional No. 36 “San Alejandro”, la del Hospital General de Zona No. 20 “La Margarita”, ambos de Puebla y la del Hospital General

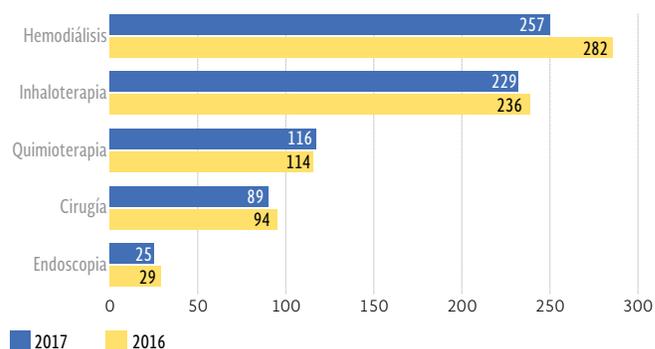
de Zona No. 1 en Zacatecas. Con ello, el número de UMAA de que dispone el IMSS pasó de 37 a 34 y su productividad ahora es parte del hospital. Las UMAA, al ser centros de referencia de pacientes, requieren fortalecer este aspecto con la finalidad de optimizar sus recursos; por ello, como consecuencia, se dispondrá de más espacios de atención en los hospitales de la zona médica.

La Unidad de Medicina Familiar No. 76, con Unidad Médica de Atención Ambulatoria en Tamaulipas, continúa con daños estructurales por asentamiento del terreno, lo cual afecta su operación y productividad.

Encuentros Médico-Quirúrgicos

Desde 1996, a través de los Encuentros Médicos-Quirúrgicos (EMQ) se integran médicos especialistas de hospitales de alta complejidad del Régimen Obligatorio, quienes participan en forma voluntaria y altruista en apoyo a la población indígena y campesina más pobre del país, beneficiaria de IMSS-PROSPERA, con lo que se logra acercar servicios médicos quirúrgicos de alta especialidad a la población rural que difícilmente cuenta con los recursos económicos para atender su padecimiento. Las especialidades quirúrgicas que participan son: Ginecología Oncológica, Cirugía Reconstructiva, Urología, Cirugía Pediátrica y Oftalmología.

GRÁFICA V.10.
Productividad en Unidades Médicas de Atención Ambulatoria, comparativo 2016-2017
(número de procedimientos en miles)



Fuente: Dirección de Prestaciones Médicas, IMSS.

Los EMQ se han consolidado como una mejor práctica en el IMSS, que permite la realización de un mayor número de cirugías, con altos niveles de calidad, en menor tiempo, y ha sido aplicada en el Régimen Obligatorio para abatir el diferimiento quirúrgico en cirugía de cataratas (primera causa de ceguera reversible en nuestro país); en 2017 se integró la especialidad de Ginecología Oncológica para detección de cáncer de mama y cáncer cérvico-uterino.

En 2017 se realizaron 9 EMQ en el Régimen Obligatorio en las entidades de Veracruz, Estado de México, Colima, Morelos, Ciudad de México y Tabasco, donde fueron atendidos 4,245 pacientes, de los cuales 1,923 fueron intervenidos quirúrgicamente y se realizaron 4,754 procedimientos quirúrgicos. En el cuadro V.10 se describe la productividad de los EMQ durante 2017 tanto en apoyo a IMSS-PROSPERA, como al Régimen Obligatorio.

Los EMQ son un ejemplo de colaboración de especialistas del Régimen Obligatorio del Instituto con los

médicos del medio rural y los voluntarios de salud de IMSS-PROSPERA, quienes identifican a los pacientes que requieren de atención quirúrgica. Los EMQ han permitido hacer frente a los rezagos de salud en la población que es susceptible de intervención quirúrgica.

Entre enero de 2013 y diciembre de 2017 se realizaron 90 EMQ, en los que se atendió a 60.7 mil pacientes, se realizaron 11.4 mil intervenciones quirúrgicas y 21.9 mil procedimientos quirúrgicos (cuadro V.11). En 2017, los EMQ en apoyo a IMSS-PROSPERA se realizaron en 8 entidades: Nayarit, Estado de México, Tlaxcala, Baja California. Oaxaca, San Luis Potosí, Veracruz y Morelos.

V.5.4. Prevención del riesgo materno y mejora de la atención obstétrica

La atención obstétrica es la principal causa de egresos hospitalarios del IMSS. Desde su origen, el Instituto Mexicano del Seguro Social ha tenido trascendentes aportaciones a la Obstetricia en México. El Instituto mantiene

CUADRO V.10.
Productividad de los Encuentros Médico-Quirúrgicos en 2017

	Número de Encuentros	Pacientes atendidos	Pacientes intervenidos quirúrgicamente	Número de procedimientos quirúrgicos
Apoyo a IMSS-PROSPERA	20	10,386	1,863	3,663
Régimen Obligatorio	9	4,245	1,923	4,754
Total	29	14,631	3,786	8,417

Fuente: Dirección de Prestaciones Médicas, IMSS.

CUADRO V.11.
Productividad de los Encuentros Médico-Quirúrgicos en apoyo a IMSS-PROSPERA, 2013-2017

Año	Número de Encuentros	Pacientes atendidos	Pacientes intervenidos quirúrgicamente	Número de procedimientos quirúrgicos
2013	15	11,984	2,404	4,006
2014	17	12,466	2,219	4,888
2015	19	14,133	2,621	5,151
2016	19	11,757	2,348	4,281
2017	20	10,386	1,863	3,663
Total	90	60,726	11,455	21,989

Fuente: Dirección de Prestaciones Médicas, IMSS.

constantes las mejoras de la atención a las mujeres y recién nacidos mediante 2 programas: i) Prevención del Embarazo en Adolescentes, y ii) Atención Materna y Perinatal de Calidad, con Trato Digno y Apego a Derechos Humanos. Estos programas están alineados a los objetivos establecidos por la Organización de las Naciones Unidas (ONU) y al Programa Sectorial de Salud 2013-2018, que se miden por indicadores como: cobertura de atención prenatal, tasa de mortalidad materna y tasa de mortalidad infantil.

A partir de 2015 se inició la Estrategia Educativa de Promoción de la Salud “Embarazo PREVENIMSS”, la cual es impartida por personal de Trabajo Social y está dirigida a embarazadas y sus parejas, donde se otorgan temas básicos de salud y habilidades para la vida, fortaleciendo las recomendaciones emitidas por el médico familiar, la enfermera y el resto del equipo de salud, emitidas durante la atención prenatal. Desde su inicio y hasta el cierre de 2017, se capacitó a un total de 541,162 embarazadas y 116,323 parejas o familiares en 29,201 cursos. Durante el año 2017 se capacitó a un total de 169,250 embarazadas con 37,635 parejas o familiares en 9,381 cursos.

Plan para prevenir el embarazo en las adolescentes

El IMSS, alineado a las acciones de la Estrategia Nacional de Prevención del Embarazo en Adolescentes, propicia un entorno habilitante de decisiones libres, responsables e informadas de los jóvenes en el ejercicio de su sexualidad y la prevención del embarazo, tanto con acciones educativas como con acceso a métodos anticonceptivos. En este rubro, el IMSS capacitó, entre el año 2015 y marzo de 2017 (fecha en la que concluyó esta estrategia), a 6 mil trabajadores de la salud, en las categorías de médicos, enfermeras y trabajadoras sociales, a través del curso en línea Salud Sexual y Reproductiva de las y los Adolescentes y Prevención del Embarazo en Adolescentes creado por el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP). La campaña sectorial 2015 Es tu vida, es tu

futuro, hazlo seguro, forma parte de las estrategias de información masiva dirigidas a este grupo de alto riesgo. El acceso efectivo a métodos anticonceptivos incluye los de acción prolongada, así como la pastilla de emergencia y preservativos; adicionalmente, se promueve la protección para prevenir enfermedades de transmisión sexual.

PREVENIMSS es una de estas estrategias y participa con recomendaciones sencillas del personal de Enfermería durante el Chequeo PREVENIMSS, así como con las Estrategias Educativas de Promoción de la Salud “JuvenIMSS Junior” y “JuvenIMSS”, impartidas por personal de Trabajo Social y Promotores de Salud.

Como resultado de estas estrategias, la proporción de adolescentes embarazadas (entre el total de embarazos) disminuyó de 12.3% en 2013 a 11.5% en 2014; a 9.2% en 2015; a 10% en 2016, y a 10.6% en 2017, lo que representa una disminución de 6,707 embarazadas menores de 20 años entre 2014 y 2017.

Programa para la disminución del riesgo de muerte materna y perinatal

Evitar la mortalidad materna es prioridad de atención a la salud en el mundo. En el IMSS se realizan esfuerzos para evitar la mortalidad materna en todos los servicios, desde la consulta preconcepcional en el primer nivel, hasta la atención de la emergencia obstétrica.

En el primer nivel de atención se cuenta con el Módulo de riesgo reproductivo y planificación familiar del Expediente Clínico Electrónico, que facilita, sistematiza, califica y proporciona mensajes que permiten la identificación de enfermedades de riesgo, uso de anticoncepción o referencia a hospitales para atención oportuna. A partir de julio de 2015, se liberó la versión 4.8 del Sistema de Información de Medicina Familiar (SIMF) que permite identificar a las derechohabientes que tuvieron vigilancia prenatal fuera del Instituto. En promedio, el IMSS otorgó 7 consultas de vigilancia prenatal, en las que se brinda atención sistemática durante la gestación, con la finalidad de identificar tempranamente factores de riesgo y/o complicaciones, así como realizar accio-

nes de prevención y detección de enfermedades, a fin de que el embarazo llegue a término con una madre y producto(s) saludables.

La ampliación de cobertura anticonceptiva en la población usuaria de los servicios de planificación familiar en unidades IMSS ha contribuido al cumplimiento de compromisos adquiridos a nivel nacional y mundial; así, podemos observar que en el año 2017, la tasa de partos por mil mujeres en edad fértil adscritas a médico familiar en el IMSS fue de 38.3, y la tasa de abortos por mil mujeres en edad fértil adscritas a médico familiar fue de 5.2, ambas con una tendencia descendente; estas cifras traducen el resultado favorable de las actividades realizadas por el personal operativo en las unidades médicas de los 3 niveles de atención, y ha contribuido a la contención del crecimiento poblacional de la nación, mediante el acceso de los servicios de salud sexual y reproductiva, de acuerdo con lo establecido en el Reglamento de Ley General de Salud en materia de Prestación de Servicios de Atención Médica en su Capítulo VI, Plan Nacional de Desarrollo, Programa Sectorial de Salud 2013-2018, y Programa Institucional (PIIMSS) 2013-2018.

La cobertura de protección anticonceptiva posparto y transcesárea fue de 72.3%, lo que significa que 7 de cada 10 mujeres egresan con método anticonceptivo de alta continuidad y eficacia, como lo son el dispositivo intrauterino en 62.3% y oclusión tubaria bilateral en 37.7%, lo que favorece postergar un embarazo o terminar voluntariamente la fecundidad.

Estos logros permiten limitar el crecimiento demográfico y, mediante la consulta preconcepcional en el primer nivel de atención, propiciar la disminución de los embarazos de alto riesgo, así como la consecuente morbilidad y mortalidad materna y perinatal.

Se mejora la atención obstétrica mediante acciones que privilegian la atención oportuna e inmediata en las Unidades de Tococirugía, con la aplicación del *Triage* Obstétrico; la estrategia “Cero Rechazo” que consiste en la valoración inmediata de mujeres derechohabientes o no del IMSS que se presentan con emergencia obstétrica, así como promover y privilegiar el parto natural para disminuir el riesgo reproductivo y obstétrico en el embarazo subsecuente.

Para brindar atención inmediata, oportuna y de calidad a mujeres con emergencia obstétrica, se mantienen los equipos de respuesta inmediata, integrados con personal interdisciplinario de todos los servicios, que identifican y tratan complicaciones de inmediato. Estos tienen comunicación entre diferentes niveles operativos y directivos del Instituto los 365 días del año.

Con el propósito de mejorar el acceso a la atención materna, el Instituto participa en la atención de no derechohabientes con emergencia obstétrica, en 95 hospitales del Régimen Obligatorio y 47 del Programa IMSS-PROSPERA inscritos en el Convenio General de Colaboración Interinstitucional para la Atención de la Emergencia Obstétrica. En el cuadro V.12 se muestra que de 2009 a 2017 se registraron 5,136 solicitudes

CUADRO V.12.

Total de atenciones por emergencia obstétrica otorgadas en el IMSS

	2009 ^{1/}	2010 ^{1/}	2011 ^{1/}	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Total
Emergencia obstétrica	1,089	446	258	301	316	323	315	313	179	3,540
Recién nacidos atendidos	722	242	174	204	182	184	174	203	116	2,201
Solicitudes de atención	2,171	850	332	307	323	336	317	321	179	5,136

^{1/} Registro manual de la información.

Fuente: Dirección de Prestaciones Médicas, IMSS.

de atención por mujeres no derechohabientes; de ellas, 3,540 fueron emergencias obstétricas, en cuyos partos se obtuvieron 2,201 recién nacidos. De 2009 a junio de 2011 el registro fue manual con criterios diferentes, implementándose en julio de 2011 el Sistema de Registro para la Atención de la Emergencia Obstétrica (SREO) que proporciona información para el seguimiento de casos. En 2017 recibieron atención en el IMSS 179 mujeres con emergencia obstétrica y 116 recién nacidos.

La razón de muerte materna hospitalaria en el IMSS Régimen Obligatorio al cierre de 2016 fue de 30.2 por 100 mil nacidos vivos; a diciembre de 2017 es de 24, con 102 casos (cifra preliminar) (gráfica V.11).

El IMSS, como muestra la gráfica, en el año 2017 registró el número de casos y la razón de muerte materna más baja de toda la historia institucional, y estas acciones continúan para mejorar la calidad de la atención y el trato amigable, con respeto a los derechos humanos.

Con el propósito de incrementar la sobrevivencia de los recién nacidos y disminuir la morbilidad, el IMSS realiza acciones para inducir la madurez pulmonar en niños con peso menor a mil gramos, así como para el fortalecimiento de las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales. La mortalidad perinatal en 2017 fue de 8.9, menor que el año anterior (9.0), como muestra la gráfica V.12.

GRÁFICA V.11.
Razón de muerte materna, 2005-2017^{1/}
(número de defunciones maternas por cada 100,000 nacidos vivos)



^{1/} Dato preliminar.

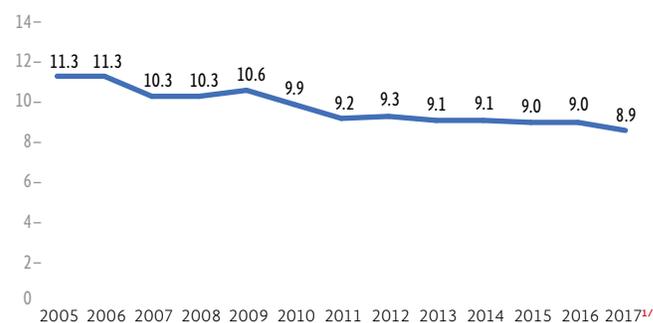
Fuente: Dirección de Prestaciones Médicas, IMSS; Secretaría de Salud.

V.6. Hacer frente a las enfermedades crónicas no transmisibles

En la actualidad, la población derechohabiente del IMSS atraviesa por una transición demográfica y otra epidemiológica. La transición demográfica consiste en un incremento gradual de la proporción de adultos mayores derivado del incremento de la esperanza de vida, así como de un decremento de las tasa de natalidad. La transición epidemiológica se caracteriza por la relevancia que toman las enfermedades crónico-degenerativas sobre los padecimientos infecto-contagiosos.

El envejecimiento poblacional, junto con el aumento en la prevalencia de enfermedades crónicas no trasmisibles, ha tenido consecuencias negativas para las finanzas institucionales, por las siguientes razones, principalmente por las 2 primeras: i) el elevado número de personas enfermas; ii) la larga duración en el tratamiento de este tipo de enfermedades; iii) su tendencia a desarrollar complicaciones, las cuales se caracterizan por un deterioro físico en algunos órganos que impiden el desarrollo de las funciones vitales básicas de los pacientes, y iv) la presencia de comorbilidades, que por tanto, requieren de atención médica frecuente y especializada, lo que significan en muchos casos un alto grado de dificultad técnica y, por ende, un elevado costo de atención.

GRÁFICA V.12.
Tendencia de la mortalidad perinatal en el IMSS
(número de defunciones perinatales por cada 1,000 nacimientos)



^{1/} Dato preliminar, estimado a diciembre de 2017.

Fuente: Sistema de Mortalidad del IMSS (SISMOR).

Las principales enfermedades crónico-degenerativas de alto impacto financiero que presenta la población derechohabiente del IMSS son: i) las enfermedades cardiovasculares e hipertensión arterial; ii) la diabetes mellitus; iii) cáncer cérvico-uterino; iv) cáncer de mama; v) cáncer de próstata, y vi) insuficiencia renal crónica, principalmente como complicación de las 2 primeras.

V.6.1. Análisis del gasto en enfermedades crónico-degenerativas de alto impacto financiero para el IMSS

En 2017 se atendieron un total de 7.6 millones de pacientes por alguno de los 6 padecimientos mencionados, los cuales representan 14% de la población adscrita a unidad en ese año. La atención ambulatoria y hospitalaria de estas 6 enfermedades de alto costo se estima en 78,426 millones de pesos en 2017, lo que representa

27.5% de los ingresos totales del Seguro de Enfermedades y Maternidad de ese año (cuadro V.13).

Del cuadro anterior se infiere que el gasto erogado solo por la hipertensión arterial y la diabetes mellitus, así como la insuficiencia renal, equivale a poco más de la cuarta parte de los ingresos totales del Seguro de Enfermedades y Maternidad; es decir, 1 de 4 pesos que ingresan a este seguro se destinan a la atención médica de solo estos 3 padecimientos y su complicación.

Estos resultados revelan que de continuar con una tendencia creciente en la prevalencia de tales padecimientos en la población derechohabiente del IMSS se vislumbra un agravamiento en el déficit que hasta ahora presenta el Seguro de Enfermedades y Maternidad.

Ante un nuevo panorama epidemiológico, en el cual existe año con año una mayor presencia de enfer-

CUADRO V.13.

Gasto médico en 2017 de 6 enfermedades crónico-degenerativas de alto impacto financiero

Padecimiento	Pacientes en tratamiento	Gasto (millones de pesos de 2018)		
		Ambulatorio	Hospitalario	Total
Hipertensión arterial	4,553,591	18,371	3,942	22,313
Sin complicaciones	4,501,906	16,118	1,115	17,233
Con complicaciones	51,685	2,253	2,827	5,079
Diabetes mellitus	2,872,909	38,441	2,927	41,368
Sin complicaciones	2,266,947	18,880	-	18,880
Con complicaciones	605,962	19,561	2,927	22,488
Insuficiencia renal crónica terminal (pacientes en terapia sustitutiva de la función renal)	69,267	9,506	817	10,323
Cáncer de mama	53,519	2,148	707	2,855
<i>In situ</i>	1,257	14	2	16
Invasivo	52,262	2,134	705	2,839
Cáncer cérvico-uterino	18,003	380	233	613
<i>In situ</i>	3,377	9	16	25
Invasivo	14,626	371	218	588
Cáncer de próstata	22,726	731	223	954
<i>In situ</i>	211	1	-	1
Invasivo	22,515	730	223	953
Total	7,590,015	69,577	8,849	78,426

Fuente: Dirección de Finanzas, IMSS.

medades no transmisibles de larga duración y progresión lenta (gráfica V.13), se requiere continuar con un proceso de cambio de paradigma, en el cual se complementa la medicina curativa, que comienza con la presencia del padecimiento, con la medicina preventiva, que tiene el objetivo de preservar la salud.

Lo anterior, reafirma la apremiante necesidad y el reto que tiene el IMSS de incidir de manera significativa en el estilo de vida de los derechohabientes.

El enfoque de atención integral preventiva se puede clasificar en 3 etapas:

- La prevención primaria: consiste, en primer lugar, en evitar que la enfermedad ocurra. Considera, por ejemplo, las acciones orientadas a consolidar un entorno que permita la modificación de conductas de riesgo como el consumo de tabaco, alcohol o alimentos con bajo aporte nutricional, así como la promoción de la actividad física, a fin de abatir el sedentarismo o cualquier otro factor susceptible de modificación. La prevención primaria tiene como efecto la reducción de la incidencia de las enfermedades.
- La prevención secundaria: enfocada en detectar oportunamente la aparición de la enfermedad, así como retrasar y minimizar complicaciones una

vez que se cuente con un diagnóstico confirmatorio. Las intervenciones realizadas en esta etapa no tienen ningún efecto reductor en la incidencia de las enfermedades; en cambio, al tratar anticipadamente a la enfermedad con un tratamiento efectivo, se logra que las personas que ya están enfermas vivan más y mejor.

- La prevención terciaria: en el caso en que ni la prevención primaria ni secundaria hayan logrado evitar la aparición de secuelas de la enfermedad, es necesario que el tratamiento se vuelva estrictamente correctivo o rehabilitante, es decir, el objetivo es controlar las complicaciones para mejorar la calidad de vida del paciente. Esto se logra a través de estrategias para el manejo de la enfermedad e incluye el abordaje integral con varios especialistas.

En la actualidad, el esquema de atención predominante en el IMSS consiste en la recuperación del estado de la salud de los derechohabientes que acuden al médico debido a que presentaron síntomas de alguna enfermedad. Sin embargo, en el caso de las principales enfermedades de alto impacto para el IMSS, dada su historia natural, pueden pasar mucho tiempo inadvertidas porque no presentan síntomas que obliguen al derechohabiente a acudir al médico. Cuando los síntomas se presentan, las intervenciones de medicina curativa son tardías. Entonces el proceso de atención médica se ve obligado a iniciar en la etapa de prevención terciaria, lo cual eleva los costos y deteriora la calidad de vida de los pacientes.

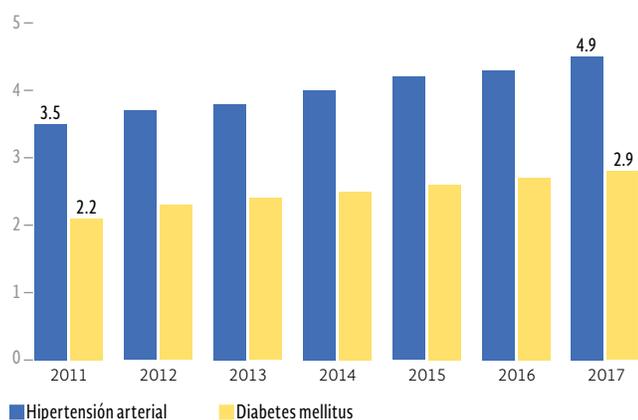
Aunque los protocolos de atención médica facilitan y promueven la intervención con el derechohabiente desde la prevención primaria y el IMSS realiza múltiples esfuerzos en fortalecer este rubro, a fin de impulsar de forma más directa y puntual el acercamiento, se han desarrollado diversas estrategias que tienen como propósito:

- Identificar y conocer a la población para segmentarla de acuerdo con su riesgo de padecer una enfermedad.

GRÁFICA V.13.

Número de pacientes atendidos por hipertensión arterial y diabetes mellitus en el IMSS

(millones de pacientes durante el periodo 2011-2017)



Fuente: Dirección de Prestaciones Médicas, IMSS.

- ii) Focalizar acciones específicas en cada grupo de riesgo, así como sensibilizar a los derechohabientes para que adopten estilos de vida saludables a través de estrategias educativas.
- iii) Dar seguimiento proactivo a los pacientes para asegurar su progreso.
- iv) Vincular y colaborar con los sectores obrero y patronal, y con la sociedad civil.
- v) Sumarse a las estrategias sectoriales y políticas públicas en materia de prevención y modificación de factores de riesgo.

Este tipo de acciones requieren de recursos adicionales a los destinados a la atención curativa, tanto en implementación de infraestructura física y tecnológica, como de recursos materiales y humanos.

Se prevé que el gasto institucional aumente, debido a que se destinará una mayor cantidad de recursos por la inclusión de cada vez más población en un enfoque de atención integral preventiva y que esta reestructuración del gasto, en el mediano y largo plazos, reduzca las consecuencias de las transiciones demográfica y epidemiológica.

En lo que respecta a las enfermedades crónico-degenerativas, el objetivo de reducir la incidencia de las enfermedades analizadas en este apartado está sujeto y a disposición de una gran cantidad de determinantes de la salud que afectan a la población, y que en muchas ocasiones pueden rebasar el quehacer institucional. Además de tiempo, es necesaria una sinergia encaminada a generar un cambio en los hábitos de la población para la obtención de resultados financieros y epidemiológicos positivos.

V.6.2. Prevención, control y atención de las enfermedades crónico-degenerativas

Para mejorar el bienestar de la población de manera integral, es indispensable detectar a tiempo la enfermedad y atender de manera eficiente y oportuna a los que enferman.

El Instituto ha desarrollado programas encaminados a controlar la diabetes y la hipertensión arterial, los cánceres más frecuentes, así como la atención del infarto al miocardio, e incrementar la donación y trasplantes de órganos, tejidos y células.

Ante el grave problema de salud que representan el sobrepeso y la obesidad en todas las etapas del ciclo de vida, desde 2012 se implementó en Unidades de Medicina Familiar, escuelas o empresas con espacio o circuitos propios, la Estrategia Educativa de Promoción de la Salud *Pasos por la Salud*, con el propósito de generar un estilo de vida activo y saludable, mediante la adopción de una alimentación correcta, el consumo de agua simple potable y la práctica diaria de actividad física durante 3 meses, 3 días a la semana. Desde 2012 a diciembre de 2017, el personal de Trabajo Social, Nutrición y Promotores de Salud han impartido un total de 9,555 cursos, que permitieron capacitar a 205,326 derechohabientes de 6 años y más de edad con sobrepeso u obesidad, logrando disminuir el Índice de Masa Corporal (IMC) en 63,904 derechohabientes. Durante 2017 se realizaron 1,734 cursos, donde se capacitó a 32,826 derechohabientes, de los cuales 12,086 disminuyeron su Índice de Masa Corporal (IMC).

Otra "Estrategia Educativa de Promoción de la Salud", que inició durante 2015 fue "Yo puedo", impartida por personal de Trabajo Social, dirigida a derechohabientes de 10 años o más, con enfermedades crónicas como sobrepeso, obesidad, diabetes mellitus e hipertensión arterial; con esta estrategia, se busca fortalecer, en 3 sesiones educativas, las recomendaciones del tratamiento no farmacológico emitidas por el médico familiar y el resto del equipo de salud. Desde su inicio al cierre de 2017, se logró capacitar a 443,107 derechohabientes en 21,858 cursos. Durante 2017 se capacitó a 166,373 derechohabientes en 7,923 cursos.

Prevención y detección de las enfermedades crónico-degenerativas

La detección oportuna de enfermedades crónicas no

transmisibles está enfocada a 5 padecimientos prioritarios: diabetes mellitus, hipertensión arterial, hipercolesterolemia, cáncer cérvico-uterino y cáncer de mama. La gráfica V.14 muestra que el número de derechohabientes a los que se les realizan estas detecciones ha aumentado año tras año.

En 2015 se realizaron 6 millones de detecciones de diabetes mellitus, con la identificación de 446 mil casos sospechosos en población mayor de 20 años; en 2017 se realizaron 6'035,188 detecciones, con la identificación de 394 mil casos sospechosos. En el caso de hipertensión arterial, en 2015 se realizaron 14.7 millones de detecciones y 15.4 millones en 2017, lo que implicó identificar 2.8 millones de casos sospechosos. Por otra parte, la detección del cáncer cérvico-uterino, a través de la prueba de Papanicolaou, muestra que desde 2013 se realizaron entre 2.8 y 3 millones de detecciones anuales de primera vez. Asimismo, se realizaron 1.3 millones de mastografías en mujeres de 40 a 69 años de edad en 2017.

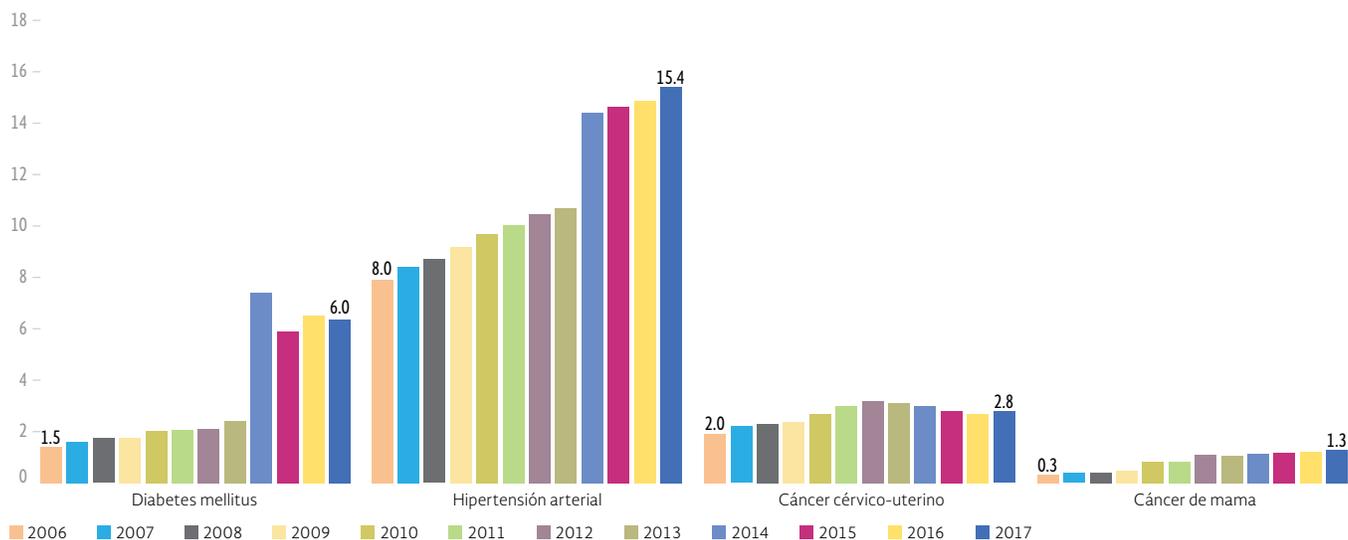
Las gráficas V.15 y V.16 muestran la tendencia de la mortalidad de los padecimientos previamente descri-

tos para el periodo 1998 a 2016, mismas que permiten comparar el impacto de las acciones preventivas y tratamiento oportuno que se han implementado. En todos los casos, la mortalidad en el IMSS inicia en un nivel superior a los no derechohabientes, posiblemente como resultado de diferencias sociodemográficas y mayor prevalencia de algunos factores de riesgo para estas enfermedades en la población derechohabiente. Si las dos líneas fuesen paralelas a través del tiempo, significaría que los modelos de atención tienen el mismo efecto en derechohabientes y no derechohabientes; sin embargo, las pendientes de los derechohabientes son diferentes a las de los no derechohabientes, de tal manera que las tasas de mortalidad en los últimos años son menores para los primeros. Si bien en el último año se observa un repunte en las tasas de mortalidad para derechohabientes, la tendencia al descenso en diabetes (-11.4% vs. 113.4%), enfermedades hipertensivas, isquémicas del corazón y cerebrovasculares (-23.2% vs. 61.2%) y cáncer de mama (-22.2% vs. 53.3%) se mantiene en los derechohabientes, comparado con el ascenso marcado en los no derechohabientes. En

GRÁFICA V.14.

Número de detecciones de enfermedades crónicas no transmisibles, 2006-2017

(millones de detecciones)

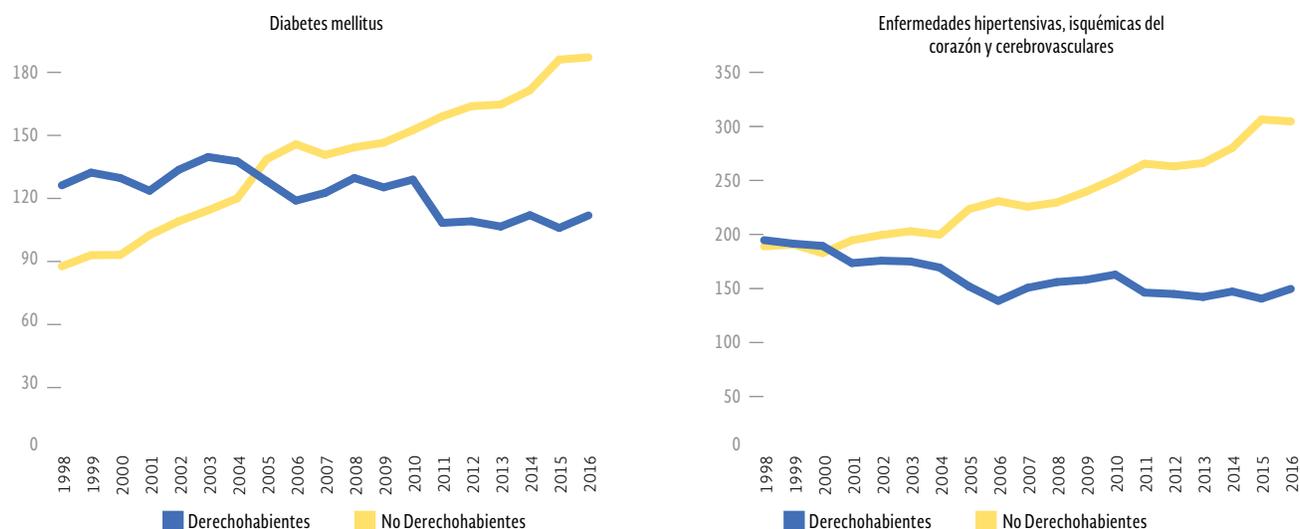


Fuente: Dirección de Prestaciones Médicas, IMSS.

GRÁFICA V.15.

Tendencias de mortalidad^{1/} por diabetes mellitus y enfermedades cardiovasculares, en derechohabientes y no derechohabientes del IMSS, 1998-2016

(tasa)



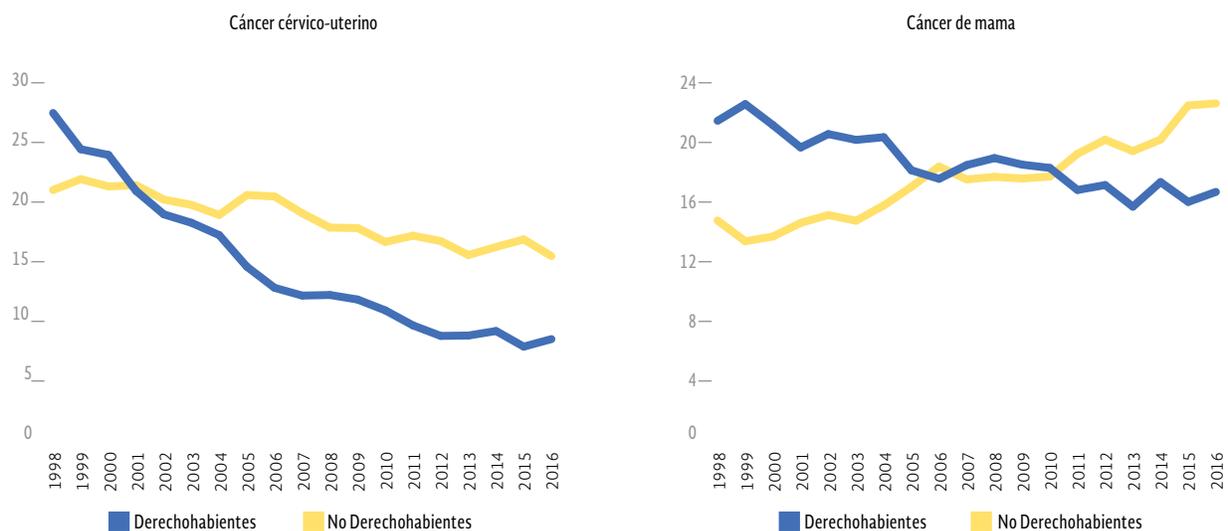
^{1/} Tasas por 100,000 en personas de 20 años y más, ajustadas por grupo de edad y sexo con población mundial estándar.

Fuente: Consejo Nacional de Población; Instituto Nacional de Estadística y Geografía; IMSS.

GRÁFICA V.16.

Tendencias de mortalidad^{1/} por cáncer cérvico-uterino y cáncer de mama, en derechohabientes y no derechohabientes del IMSS, 1998-2016

(tasa)



^{1/} Tasa por 100,000 mujeres de 25 años y más, ajustada por edad, según población estándar mundial 2001.

Fuente: Consejo Nacional de Población; Instituto Nacional de Estadística y Geografía; IMSS.

cáncer cérvico-uterino, la tendencia es descendente, tanto en derechohabientes como en no derechohabientes, aunque más marcada en los primeros (-69.0% vs. -26.4%).

El IMSS ha sido actor clave desde el inicio de la epidemia de VIH/SIDA en el país. En 1983 atendió el primer caso reportado en México; fue la primera institución que otorgó tratamientos antirretrovirales, organizó la atención en clínicas especializadas y otorgó atención médica integral. Del total de pacientes en seguimiento, 100% de los que clínicamente lo requieren reciben tratamiento oportuno mediante medicamentos antirretrovirales, de acuerdo con las mejores prácticas internacionales, particularmente europeas, por costo-utilidad y costo-efectividad (más de 90% del total de pacientes infectados). El resto de pacientes lo recibirá cuando lo amerite de acuerdo con su evolución clínica. Gracias al uso adecuado de antirretrovirales y el control de pacientes infectados, la sobrevivencia de pacientes del IMSS actualmente es mayor a 30 años a partir del diagnóstico. La mortalidad por SIDA se redujo de manera importante en los derechohabientes del IMSS en contraste con la población no derechohabiente, como muestra la gráfica V.17.

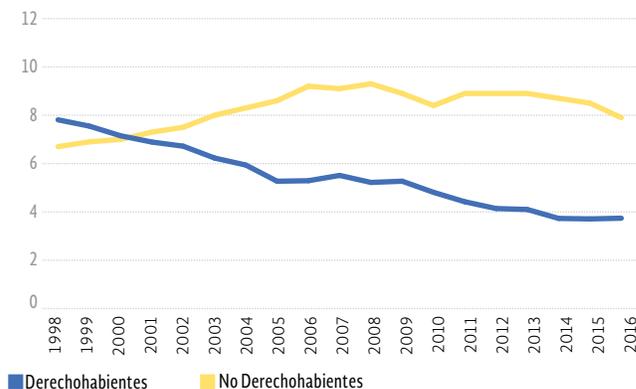
A pesar de que estos resultados son muy buenas noticias, los impactos en la mortalidad son todavía insuficientes. Existen oportunidades en la gestión del cuidado de los enfermos crónicos que pueden mejorar la eficiencia en el proceso de detección y control de los pacientes.

Con relación a la detección de anticuerpos contra el VIH en embarazadas, en 2017 se realizaron 468,535 detecciones, de las cuales 191 resultaron reactivas. Se confirmaron 42 embarazadas infectadas con VIH, mediante prueba rápida voluntaria, quienes desconocían su estado serológico; a través del inicio oportuno de tratamiento específico y la aplicación de medidas preventivas para la transmisión perinatal, se tiene un impacto favorable en la salud materna y en

GRÁFICA V.17.

Tendencias de mortalidad^{1/} por SIDA, en derechohabientes y no derechohabientes del IMSS, 1998-2016

(tasa)



^{1/} Tasas por 100,000 de 20 años y más, ajustadas por grupo de edad y sexo con población mundial estándar.

Fuente: Consejo Nacional de Población; Instituto Nacional de Estadística y Geografía; IMSS.

la reducción de la incidencia y la mortalidad infantil por esta causa.

Atención del infarto agudo del corazón

Las enfermedades cardiovasculares (cardiopatía isquémica, enfermedad cerebrovascular y enfermedades hipertensivas) son la principal causa de muerte en nuestro país y uno de los principales motivos en la demanda de atención. La Organización Mundial de la Salud las considera un problema de salud pública; desde hace 15 años ocupan el primer lugar en mortalidad en el mundo, principalmente por cardiopatía isquémica e infarto cerebral. En 2015 se reportaron 56.4 millones de muertes por 10 causas, de las cuales 15 millones de muertes fueron por causas cardiovasculares. El Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), por su parte, en 2016 reportó 175 mil muertes por estas enfermedades (1 cada 3 minutos), de las que 69% fueron por enfermedades isquémicas del corazón. El infarto agudo del corazón se debe a la obstrucción de alguna de sus arterias por una placa de grasa y formación de trombo. El diagnóstico y tratamiento oportunos son piedra angular para evitar complicaciones o la muerte.

La Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) desde 2013, colocó a México como el país con mayor mortalidad por infarto agudo del corazón en mayores de 45 años durante los primeros 30 días posteriores a su admisión con 27.2%, cuando el promedio de esta mortalidad en el grupo de países que la conforman es de 7.9%¹⁰⁷. Durante 2015 y 2017 en México se observó un ligero incremento a 28%, mientras que el promedio de los países miembros de la OCDE bajó a 7.5%.

En 2017, en el IMSS estas enfermedades fueron primer motivo de Consulta Externa (18.2 millones), tercer motivo de egreso hospitalario (105 mil) y quinto motivo de consulta en Urgencias (700 mil). En 2013 se reportaron 38 mil muertes por enfermedades cardiovasculares, para 2017 se observó una reducción a 22,000.

El tratamiento del infarto agudo del corazón se realiza mediante reperfusión coronaria (cateterismo) con balón y *Stent* en una sala de Hemodinamia por personal altamente capacitado (procedimiento invasivo para resolver la obstrucción por grasa) o con medicamentos intravenosos que permiten disolver el trombo (terapia fibrinolítica); estos procedimientos tienen evidencia científica de efectividad y utilidad en las primeras 12 horas de iniciados los síntomas, pero para disminuir la mortalidad idealmente deben realizarse durante las 2 primeras horas de iniciados los síntomas.

El primer estudio de vida real en el IMSS realizado durante los años 2008 a 2009, consignado en el Registro Nacional de Síndrome Coronario Agudo, incluyó 2.3 mil casos, de los que 65% fueron por infarto agudo del corazón; de estos, a 8% se les realizó cateterismo en sala de Hemodinamia con balón y *Stent*, a 42% terapia fibrinolítica y el restante 50% llegó fuera de tiempo para estos tratamientos.

Ante esta problemática, el IMSS ha instaurado un protocolo para mejorar la calidad de la atención en los servicios de Urgencias, llamado Código Infarto, que

tiene como objetivo garantizar el diagnóstico y tratamiento en menor tiempo, de manera que se les realice la reperfusión o apertura de la arteria antes de 90 minutos en una sala de Hemodinamia (en hospitales de tercer nivel) o la terapia fibrinolítica (en hospitales de segundo nivel) en los primeros 30 minutos de su llegada al servicio.

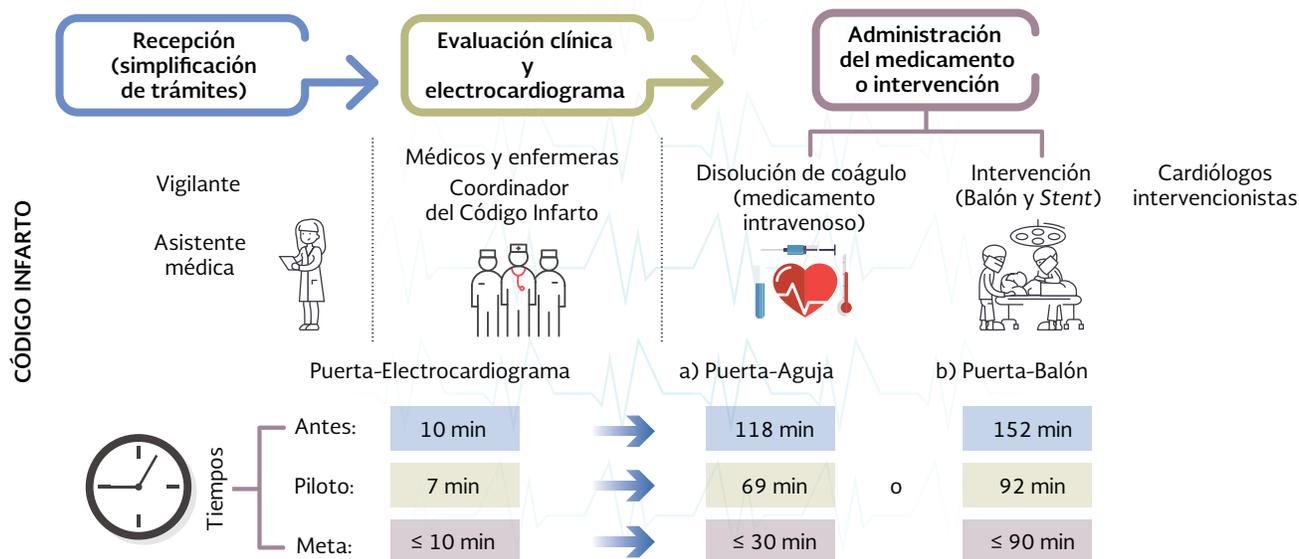
La instrumentación del Código Infarto se inició como un piloto en febrero de 2015 en el Hospital de Cardiología del Centro Médico Nacional “Siglo XXI” y su área de influencia, que cuenta con 9 hospitales y 2 Unidades de Medicina Familiar. Se capacitó a más de 1,000 trabajadores de la salud y auxiliares de todas las categorías (asistentes médicas, vigilantes, trabajadoras sociales, enfermeras, médicos) para que, a través de un Coordinador del Código Infarto, se tuviera la garantía de disponibilidad de insumos, reactivos, equipos y personal en los servicios de Urgencias y Hemodinamia las 24 horas, todos los días de la semana y que, en forma coordinada con los hospitales o Unidades de Medicina Familiar, se realizaran todas las acciones para garantizar el diagnóstico y tratamiento en pacientes con infarto agudo del corazón (gráfica V.18).

El piloto permitió visualizar que la estrategia Código Infarto mejoraba la calidad de la atención en los pacientes con Infarto Agudo del Corazón en el IMSS, debido a una reducción significativa en los tiempos de atención y disminución de la mortalidad en más de 50%. Como consecuencia, en 2016 se planeó implementar la estrategia al menos en 10 Centros Médicos de tercer nivel de atención distribuidos en todo el país al final de esta Administración, de tal manera que el IMSS se consolide como pionero en la implementación de esta estrategia que, al mejorar la oportunidad en la atención, reducirá complicaciones, costos y mortalidad.

A finales de 2015 se inició la implementación de este programa en la zona norte de la Ciudad de México y áreas conurbadas, logrando así una de las aplicaciones

¹⁰⁷ OECD Health Statistics 2013. <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>.
OECD. Health Statistics 2015. <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>.

GRÁFICA V.18.
Implementación del Código Infarto



Fuente: Dirección de Prestaciones Médicas, IMSS.

del Código Infarto más grande de América Latina, con alta complejidad en la densidad poblacional y en el tránsito con apego a la estrategia del piloto.

En 2016 se logró iniciar la implementación de la estrategia a nivel nacional, logrando consolidar 12 redes de atención para Código Infarto; esta incluyó 170 Unidades del IMSS, de las cuales 11 fueron de tercer nivel, 104 de segundo nivel y 55 Unidades de Medicina Familiar, distribuidas en 24 delegaciones, con una cobertura de 44.1 millones de derechohabientes, con un protocolo estandarizado de atención.

La estrategia Código Infarto ha sido exitosa debido a una excelente coordinación entre los 3 niveles de atención: se eliminaron barreras y se mejoró la comunicación entre personal médico y no médico, con un mismo objetivo y protocolo de atención. Se crearon en el área metropolitana 2 Centros Reguladores del Código Infarto (CReCI), los cuales son centros de llamado (8009EMERGE) que permiten recibir llamadas las 24 horas del día, los 7 días de la semana; regulan la oferta y demanda entre los servicios de Urgencias, salas de

Hemodinamia y camas de Terapia Intensiva, y permiten visualizar los electrocardiogramas por expertos todo el tiempo.

En 2017 se implementó la estrategia Código Infarto en 3 de las 11 delegaciones faltantes y, con ello, suman 15 redes de atención, con 208 Unidades, 11 UMAE, 121 Hospitales y 76 Unidades de Medicina Familiar; al finalizar la Administración se tendrá una cobertura histórica en todo el país, incluso con la posibilidad de intercambiar esta estrategia con otros sectores.

Desde el inicio del programa piloto en 2015 se han incluido 7,881 pacientes¹⁰⁸, logrando reducir en 43.5% la proporción de pacientes que no recibían alguna estrategia para abrir la arteria obstruida que ocasionó el infarto, así como 22 minutos menos en la aplicación del medicamento intravenoso, 56 minutos menos en el procedimiento de Hemodinamia y, lo más importante, 58% menor mortalidad.

De la mano con la estrategia Código Infarto, se ha implementado un programa de Rehabilitación Cardíaca Temprana en 1,403 pacientes en el Hospital de Cardio-

¹⁰⁸ Registro Nacional de Síndromes Coronarios Agudos (RENASCA).

logía del Centro Médico Nacional “Siglo XXI”, logrando reducir con ambas estrategias 2 días de terapia intensiva, 3 días de hospitalización y 10 días de incapacidad laboral¹⁰⁹. Se pretende que, al finalizar la administración, se logre incorporar acciones que favorecen el inicio de la Fase I de Rehabilitación Cardíaca Temprana en todas las Delegaciones, lo anterior incluye: identificación de capacidad instalada, capacitación a personal, puesta en marcha Fase I y registro de la información.

De manera paralela a la implementación de esta estrategia, se continuó la capacitación de personal médico a través del curso en línea “Código Infarto”; en 2017 se inscribieron 6,169 médicos de diversas categorías adscritos al primer y segundo niveles de atención, con lo que al momento, el número de médicos que han tomado el curso suman 12,188.

También en este 2017, se desarrolló el curso en línea “Rehabilitación Cardiovascular y Prevención” para implementarse a partir de febrero de 2018, para el personal médico.

Atención a pacientes diabéticos

Las complicaciones de la diabetes pueden evitarse si la enfermedad se detecta a tiempo y se controla de manera adecuada a los pacientes que ya la padecen. En 2017, el IMSS tuvo registro de 4.2 millones de pacientes que

viven con diabetes, de los cuales acudieron a consulta de control por su médico familiar 2.8 millones. La mayor parte de los diabéticos (98%) son atendidos por su médico familiar, a través de atención regular basada en el tratamiento con medicamentos y algunas acciones sobre alimentación y actividad física. En el último año, 18 mil médicos familiares otorgaron 14.5 millones de consultas, y lograron llevar a 38.3% de sus pacientes a las cifras de glucosa sanguínea suficientemente bajas para prevenir complicaciones. En un esfuerzo por aumentar este control, desde hace 8 años se crearon los módulos DiabetIMSS dentro de las Unidades de Medicina Familiar, donde equipos multidisciplinarios, en un modelo médico asistencial, brindan atención especializada que incluye educación grupal centrada en el paciente y su familia. El objetivo es propiciar la modificación del estilo de vida para alcanzar el control metabólico, así como la identificación temprana de las complicaciones asociadas a riñones, ojos y extremidades inferiores.

Durante 2017 funcionaron 134 módulos (2 módulos fueron siniestrados en los sismos de septiembre de 2017) que atendieron a cerca de 85 mil pacientes (3.12% del total de diabéticos atendidos), con un logro de 50% de pacientes en el control de la glucosa (cuadro V.14).

¹⁰⁹ Fuente: Cédula mensual de Rehabilitación Cardíaca y Código Infarto, Base de datos “Piloto”, UMAE Cardiología CMN “Siglo XXI”, y el RenascalMSS.

CUADRO V.14.
Comportamiento de Módulos DiabetIMSS

Año	Número de pacientes	Número de pacientes con complicaciones incipientes	Número de pacientes con control metabólico	% de control metabólico
2014	99,697	26,076	51,288	51
2015	91,830	27,509	43,160	47
2016	87,694	26,713	41,769	48
2017	84,708	27,220	40,098	50

Fuente: IMSS.

Atención de pacientes con cáncer OncoIMSS

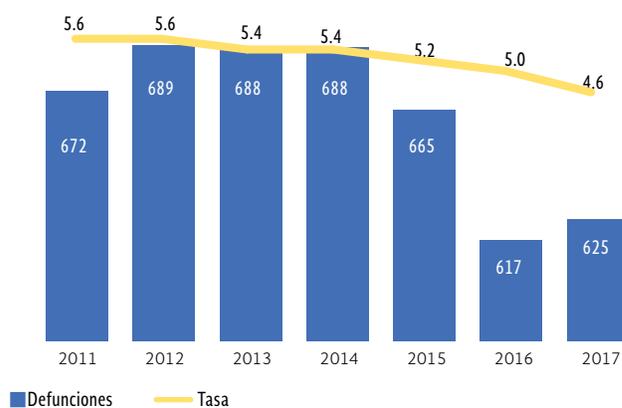
La Organización Mundial de la Salud reporta al cáncer como segunda causa de muerte en el mundo¹¹⁰. En América se registraron 1.3 millones de muertes en 2012 por esta causa; las proyecciones sugieren que el número de fallecimientos aumentará a 2.1 millones para el año 2030.

En el IMSS, los tumores malignos representaron la tercera causa de muerte en 2017, con 18,408 defunciones, 3.8% menores con relación a las registradas en el año 2014 (gráfica V.19). Durante el periodo 2005 a 2017 la tendencia de la tasa de mortalidad por esta causa registra pico máximo en el año 2010, a partir del cual es descendente (-21.8% en los últimos 7 años). Con relación a la mortalidad por cáncer en los menores de 20 años de edad, en el periodo de 2011 a 2017, el comportamiento es descendente (-17.9%), como se aprecia en la gráfica V.20.

De las principales causas de mortalidad por cáncer, de acuerdo con el órgano o sitio de afección, los

más frecuentes en la mujer de 20 años y más son: mama, cuello uterino, ovario, colon y recto y leucemias; en el hombre son: próstata, pulmón, colon-recto, leucemias y gástrico (cuadro V.15). Para los grupos de niños y adolescentes, los más comunes y letales son: leucemias, tumores de sistema nervioso central y de hueso (cuadro V.16).

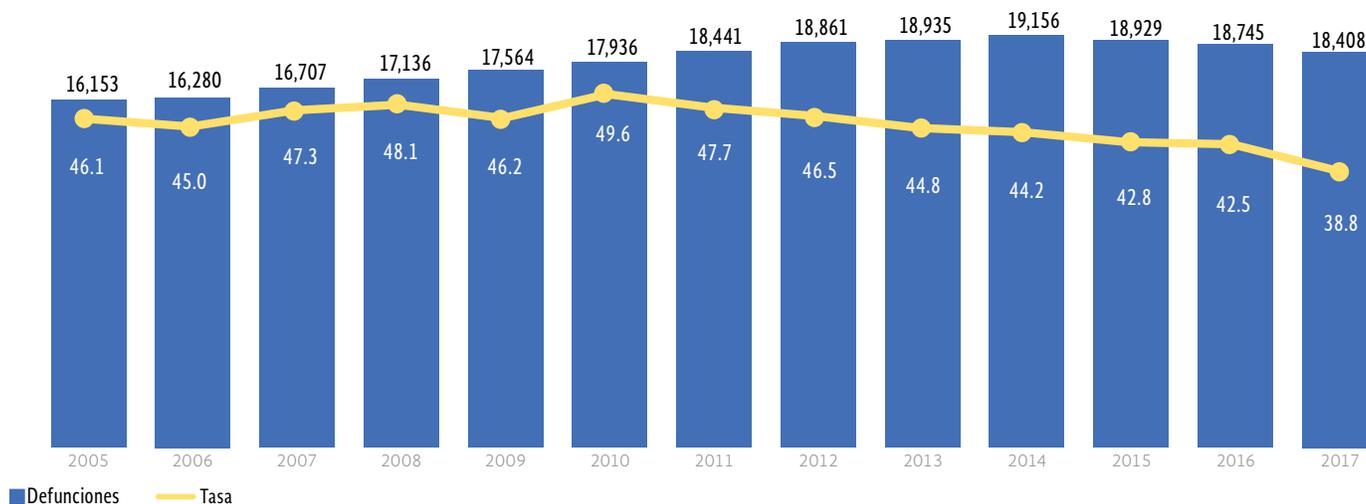
GRÁFICA V.20.
Defunciones y tasa de mortalidad^{1/} por tumores malignos en menores de 20 años



^{1/} Tasa por 100,000 derechohabientes de 0-19 años, adscritos a médico familiar.

Fuente: Sistema de Mortalidad del IMSS (SISMOR), 2011-2016 y Sistema Epidemiológico y Estadístico de las Defunciones (SEED) 2017.

GRÁFICA V.19.
Número de defunciones y tasa de mortalidad^{1/} por tumores malignos, IMSS, 2005-2017



^{1/} Por 100,000 derechohabientes adscritos a médico familiar.

CUADRO V.15.

Tasas de mortalidad por cáncer según tipo y sexo en derechohabientes de 20 años y más, 2017

Mujeres		Hombres	
Neoplasia por órgano específico	Tasa de mortalidad X 100 mil DH ^{1/}	Neoplasia por órgano específico	Tasa de mortalidad X 100 mil DH ^{1/}
Mama	8.5	Próstata	7.2
Cuello uterino	4.2	Pulmón	6.4
Ovario	3.5	Colon y recto	5.3
Colon y recto	3.4	Leucemias	4.0
Leucemias	2.9	Estómago	3.9

^{1/}Derechohabientes adscritos a médico familiar.

Fuentes: Sistema de Mortalidad del IMSS (SISMOR), 2005-2016 y Sistema Epidemiológico y Estadístico de las Defunciones (SEED) 2017.

CUADRO V.16.

Tasas de mortalidad por cáncer según tipo y sexo en derechohabientes menores de 20 años, 2017

Mujeres		Hombres	
Neoplasia por órgano específico	Tasa de mortalidad X 100 mil DH ^{1/}	Neoplasia por órgano específico	Tasa de mortalidad X 100 mil DH ^{1/}
Leucemia linfoblástica aguda	1.4	Leucemia linfoblástica aguda	2.2
Ojo, cerebro y Sistema nervioso central	0.6	Ojo, cerebro y Sistema nervioso central	0.8
Leucemia mieloblástica aguda	0.7	Leucemia mieloblástica aguda	0.6
Hueso y cartílago	0.3	Hueso y cartílago	0.2
Linfoma no Hodgkin	0.2	Linfoma no Hodgkin	0.3
Linfoma Hodgkin	0.0	Linfoma Hodgkin	0.1

^{1/}Derechohabientes 0-19 años, adscritos a médico familiar.

Fuentes: Sistema de Mortalidad del IMSS (SISMOR), 2005-2016 y Sistema Epidemiológico y Estadístico de las Defunciones (SEED) 2017.

El IMSS cuenta con 2 programas de detección para 2 tipos de cáncer en la mujer: el de cuello uterino y el de mama. Al comparar 2015 vs. 2017, se incrementó 177,080 el número de mastografías de tamizaje en la mujer de 40 a 49 años, y disminuyó en 22,791 el grupo de 50 a 69 años (cuadro V.17). Existe el reto de identificar con mayor oportunidad el cáncer de colon y recto, el de próstata y los mencionados para niños y adolescentes.

Para lograrlo se han reorganizado procesos de acceso, prevención, detección, curación, rehabilitación y cuidados paliativos mediante el Programa OncolMSS, que inició en el segundo semestre de 2014; hasta el momento se han realizado las siguientes acciones:

CUADRO V.17.

Número de mastografías de tamizaje, según grupo de edad, 2015-2017

Mujeres de 40 a 49 años			Mujeres de 50 a 69 años		
2015	2016	2017	2015	2016	2017
146,881	293,459	323,961	997,089	926,557	974,298

Fuente: Sistema de Información de Atención Integral a la Salud (SIAIS).

- i) El 24 de abril de 2015 iniciaron las actividades en el Centro de Referencia Estatal para la Atención del Niño en Chiapas (ONCOCREAN), ubicado en el Hospital General de Zona No. 1 de Tapachula, Chiapas; el 2 de febrero de 2017 inició activida-

des el Centro de Tepic, Nayarit, y el 2 de mayo de 2017 el Centro de Baja California Sur. De enero a diciembre de 2017 se detectaron 47 casos nuevos de tumores malignos; se dieron 175 consultas de primera vez, 1,364 consultas subsecuentes, 460 atenciones urgentes, 616 ingresos y 601 egresos. Se otorgaron 8,745 quimioterapias; de las 6,293 brindadas en atención hospitalaria, 2,980 fueron intravenosas, 250 intramusculares, 286 intratecales, 157 subcutáneas y 1,475 orales; de las 3,597 brindadas en forma ambulatoria, 1,417 fueron intravenosas, 186 intramusculares, 17 intratecales, 160 subcutáneas y 1,817 orales, como se muestra en el cuadro V.18.

ii) Hasta diciembre de 2017, se tiene implementado el Registro Institucional de Cáncer (RIC) en las Unidades Médicas de los tres niveles de atención de 15 delegaciones (Chihuahua, Coahuila, CDMX Norte, CDMX Sur, Durango, Jalisco, México Oriente, México Poniente, Nuevo León,

Puebla, Querétaro, San Luis Potosí, Tamaulipas, Tlaxcala y Zacatecas), y se implementó en las 2 Unidades de Detección y Diagnóstico de Cáncer de Mama (Clínicas de Mama) de las Delegaciones CDMX Sur y Norte. Desde 2014 al 31 de diciembre de 2017 existen en el RIC, 1'071,518 registros, en los 15 módulos que lo conforman. El módulo de detección de cáncer cérvico-uterino tiene 372,156 registros y el de cáncer de mama 285,637, con edad promedio de 45.6 ± 23 años; de estas, 100% corresponde a mujeres. El módulo de anatomía patológica tiene 20,149 registros, de ellos 31% corresponde a patología de mama y otro 25% al aparato genital femenino. Existen 358 registros en el módulo de leucemias, 335 en el de linfomas y 61 de mieloma.

El tiempo promedio en días laborales para realizar el diagnóstico histopatológico de cáncer es de 10.41 ± 15.38 días; el de días laborales entre la programación de la cirugía y la realización

CUADRO V.18.

Número de atenciones en el Centro de Referencia Estatal para la Atención del Niño en Baja California Sur, Chiapas y Nayarit, 2017

Concepto	Baja California Sur ^{1/}	Chiapas ^{2/}	Nayarit ^{3/}	Total
Casos nuevos diagnosticados	11	28	8	47
Consultas totales	341	869	329	1,539
- Primera vez	11	69	95	175
- Subsecuentes	330	800	234	1,364
Atenciones en Urgencias	31	386	43	460
Ingresos hospitalarios	203	383	30	616
Egresos hospitalarios	201	374	26	601
Total de sesiones de quimioterapia totales	1,677	6,852	216	8,745
Total de procedimientos realizados	93	402	48	543
Total de transfusiones	244	460	44	748
Total de defunciones	2	5	1	8
Pacientes en seguimiento	148	948	59	1,155
Pacientes canalizados al Centro de Referencia	4	14	5	23

^{1/} Inició actividades en mayo de 2017.

^{2/} Inició actividades en abril de 2015.

^{3/} Inició actividades en febrero de 2017.

Fuente: Reporte de productividad ONCOCREAN, 2017.

de la misma es de 4.34 ± 12.77 días; el promedio de días laborales entre la evaluación del paciente y la aplicación de quimioterapia de primera vez, de 5.48 ± 18.46 días; el promedio de días laborales entre la simulación del paciente y la aplicación inicial de radioterapia de primera vez es de 31.54 ± 20.95 ; el promedio de días laborales entre la simulación del paciente y la fecha de término de la radioterapia es de 55.44 ± 23.30 ; los días naturales entre la fecha de ingreso y la fecha de egreso de un paciente oncológico son 5.35 ± 12.52 .

Se diseñó el módulo de Clínica de Mama en la que se evalúan la trazabilidad de los resultados de las pacientes con patología oncológica de mama; el tiempo promedio en días laborales entre la primera evaluación y que se otorgue la cita con el oncólogo son 43.16 ± 33 ; los días laborales entre la primera evaluación y la toma de la mastografía son 4.71 ± 33 ; los días laborales entre la toma de la mastografía y la fecha de entrega de resultados de la mastografía son 5.71 ± 15.59 ; los días laborales entre la primera evaluación y la fecha de entrega de resultados de un ultrasonido de mama son 23.7 ± 42.88 ; los días laborales entre la realización del ultrasonido y la fecha de entrega de resultados del mismo son 8.15 ± 19.76 ; los días laborales entre la realización del biopsia de mama y la fecha de entrega de resultados histopatológicos son 7.63 ± 14.61 , y los días laborales entre los resultados de la biopsia y la cita con el especialista en oncología son 23.3 ± 21 .

iii) En seguimiento a las acciones que propician o fortalecen los cuidados paliativos, se realizaron 5 reuniones para la implementación y despliegue del programa PaliatIMSS a nivel nacional, con la intención de integrar la atención en los tres niveles de atención, enfocada a los pacientes con cáncer terminal.

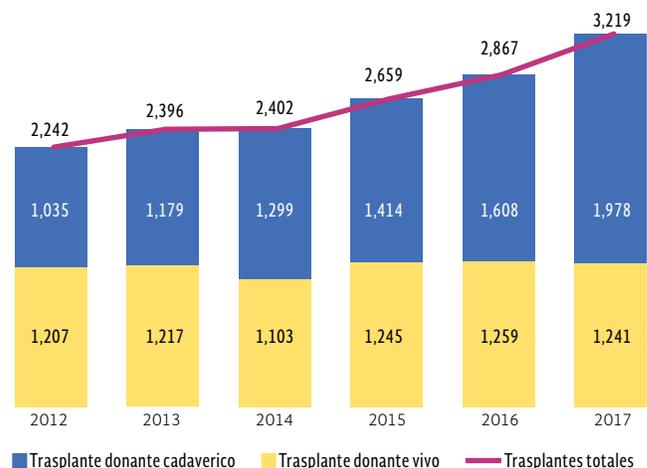
Donación y trasplantes de órganos, tejidos y células

Los trasplantes representan la mejor opción de tratamiento para las enfermedades crónico-degenerativas susceptibles a este procedimiento, ya que permite mejorar la calidad y cantidad de vida y, en el caso del trasplante renal o de córnea, genera ahorros de hasta 40%. Es por ello que el Presidente de la República instruyó que el Instituto incrementa 10% su realización y se fortalezca la donación cadavérica.

Para ello, se han implementado acciones como: i) incrementar la donación cadavérica, a través de una red institucional de donación; ii) asignación de Coordinadores Hospitalarios de Donación capacitados para cada delegación; iii) fortalecimiento de los programas de trasplantes, mejorando la cantidad y calidad de los procedimientos; iv) capacitación de nuevo personal, y v) gestión suficiente y oportuna de recursos.

En 2017 el Instituto realizó 52% del total de trasplantes renales y 70% de los trasplantes de corazón practicados en el Sistema Nacional de Salud. La realización de trasplantes en el IMSS se incrementó de 2,867 en 2016 a 3,219 en 2017 (gráfica V.21), lo que representa un crecimiento de 12%. La sobrevida del injerto trasplantado a un año fue superior a 92%, cifra similar a la de los países desarrollados.

GRÁFICA V.21.
Incremento en trasplantes en el IMSS, 2012-2017



Fuente: Dirección de Prestaciones Médicas, IMSS.

Durante 2017 se llevaron a cabo 23 trasplantes de corazón, 1,314 trasplantes de córnea, con incremento de 34% respecto a 2016; en este año se practicaron también 1,641 trasplantes de riñón, 201 de células progenitoras hematopoyéticas y 40 trasplantes hepáticos.

Se ha incrementado la red hospitalaria de donación de 38 hospitales en 2008 a 72 en 2017, lo que permite procurar órganos y tejidos en un mayor número de unidades. Asimismo, un aumento en el número de Coordinadores Hospitalarios de Donación, de 4 en 2008 a 51 en 2017. Estas acciones permitieron incrementar la donación cadavérica en 14%, pasando de 728 en 2016 a 831 en 2017; esto significa una tasa de 15.9 donaciones por millón de derechohabientes, lo que llevó a incrementar en 23% los trasplantes de donante cadavérico, pasando de 1,608 en 2016 a 1,978 en 2017.

V.7. Educación e investigación como estrategias de mejora de la calidad de los servicios médicos

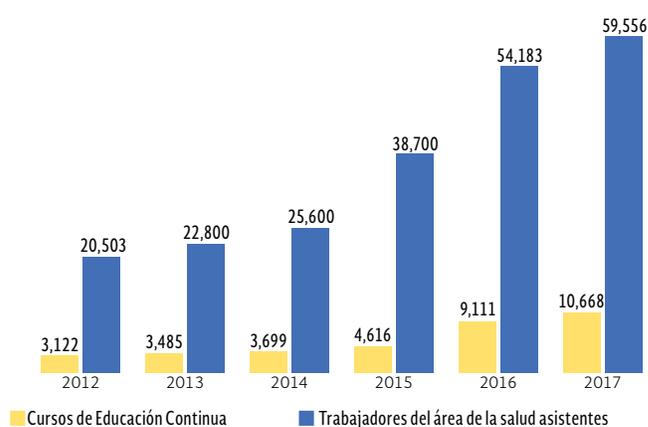
El IMSS ha sido sinónimo de excelencia médica en México y en el mundo durante sus 75 años de vida. En los últimos años, las presiones financieras redujeron la inversión en formación de capital humano e investigación; sin embargo, la presente Administración ha puesto en marcha un agresivo programa de inversión en capacitación, formación de talento e investigación médica de punta que permita al Instituto retomar el liderazgo que lo ha caracterizado.

V.7.1. Capacitación

Con el objetivo de mejorar la eficiencia y la capacidad resolutive del personal, en 2017 se programaron 10,668 cursos para 59,556 trabajadores del área de la salud. Estos logros representaron un incremento de 17% en el total de cursos y de 10% en el número de trabajadores capacitados, con respecto a lo realizado en el ejercicio 2016 (gráfica V.22).

GRÁFICA V.22.

Cursos de educación continua y número de asistentes, 2012-2017



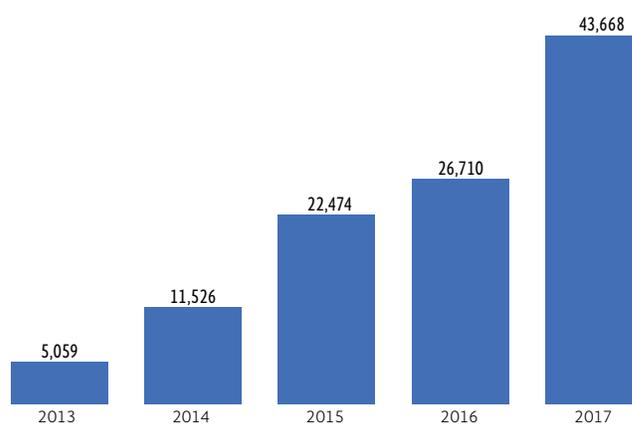
Fuente: Dirección de Prestaciones Médicas, IMSS.

En el ejercicio 2017 se implementaron 213 cursos a distancia para la formación, capacitación y actualización del personal de salud con 43,668 alumnos. Lo que representa un incremento de 63% de cursos y alumnos con respecto al año previo (gráfica V.23).

Con el objetivo de fortalecer la gestión de calidad, se continuó con la formación gerencial apoyada en Tecnologías de Información y Comunicaciones (TIC), a través del Diplomado de Formación de Directivos en Salud y del Diplomado de Gestión Directiva de Enfermería. Al

GRÁFICA V.23.

Número de alumnos inscritos en cursos a distancia, 2013-2017



Fuente: Dirección de Prestaciones Médicas, IMSS.

respecto, en 2017 se formaron 631 médicos directivos institucionales. Con esta estrategia se han formado 2,773 directivos médicos, lo que representa una meta acumulada de 50%. Por otra parte, este mismo año se formaron 368 directivas en Enfermería.

El convenio de colaboración con el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) permitió a personal del área médica el acceso a becas al extranjero, autorizándose 7 para realizar cursos de capacitación técnico-médica en corta estancia.

Mediante el convenio de colaboración con la Secretaría de Educación Pública (SEP) se enviaron a 118 personas a Estados Unidos de América para la realización de diversos cursos de capacitación médica.

El convenio de colaboración con la Alianza Médica para la Salud (AMSA) permitió al personal del área médica acudir a seminarios en Europa, con lo cual se logró la participación de 31 médicos del Instituto en 2017.

Como seguimiento a los acuerdos generados durante el Primer Foro Franco Mexicano de Intercambio de Mejores Prácticas Contra la Obesidad, realizado en abril de 2014, se refrendó el compromiso de continuar con los programas de capacitación y entrenamiento de médicos del IMSS en trasplante hepático, geriatría y nutrición en colaboración con la Universidad Claude Bernard y los Hospices Civils de Lyon y París, Francia, y durante 2017 han completado su instrucción 12 médicos del Instituto.

V.7.2. Formación de recursos humanos

La formación del personal de salud se vuelve indispensable para el fortalecimiento del modelo de atención médica; por ello, la preparación de nuevos médicos especialistas debe ser congruente con los cambios demográficos y epidemiológicos, de acuerdo con las necesidades de la población derechohabiente.

La participación en la creación de nuevos médicos especialistas ha distinguido al IMSS como la institución de salud líder en el país. Para el ciclo académico

2017-2018, el Instituto cuenta con 13,149 médicos en formación; de estos, 4,150 cursan especialidades orientadas al primer nivel de atención, 8.3% de los médicos se prepara en Urgencias y para enfrentar la prevalencia de enfermedades crónico-degenerativas; 15.4% de los médicos en formación se prepara en especialidades encaminadas específicamente a atender estos problemas.

Con la finalidad de impactar en la calidad de la atención de los derechohabientes, el Instituto contempla la creación de cuatro Centros de Simulación para la Excelencia Clínica y Quirúrgica en el país. Esto permitirá el desarrollo de las competencias de los profesionales de la salud a través de programas de formación y capacitación basados en la simulación, así como en la aplicación de protocolos de atención médica apegados a las mejores prácticas.

Con el objetivo de garantizar las mejores prácticas que permitan otorgar una atención libre de riesgos y con la oportunidad que requiere la población derechohabiente, durante el año 2017 y en el primer trimestre del 2018, se continuo fortaleciendo al personal directivo y operativo de enfermería, capacitando a 526 enfermeras y enfermeros, en los siguientes temas: “Gestión de Riesgos en los Procesos de Atención de Enfermería”, “Inducción al Puesto para Personal Directivo de Enfermería”, “Estandarización del Cuidado del Paciente con Sonda Vesical enfocado a la Prevención de Infecciones Asociadas a la Atención a la Salud” y “Rendición de Cuentas del Impacto del Modelo de Gestión Directiva”.

V.7.3. Investigación

La investigación en salud es un proceso estratégico en el IMSS. Las actividades de investigación se realizan tanto en las Unidades de Atención Médica como en las 40 Unidades de Investigación (21 de Investigación Médica, 10 de Investigación Epidemiológica y en Servicios de Salud, y 9 de Investigación en Epidemiología Clínica) y 5 Centros de Investigación Biomédica.

Como parte del fortalecimiento de la infraestructura y equipamiento de las Unidades y Centros de Investigación en Salud del IMSS en las diferentes regiones del país, durante el ejercicio 2017 se emitieron 2 Convocatorias para el Apoyo Financiero para la Conservación de Equipos que Sustenten el Desarrollo de Actividades de Investigación, en las que se beneficiaron 15 solicitudes emitidas por Unidades y Centros de Investigación del Instituto, siendo autorizado el mantenimiento de 390 equipos.

En diciembre de 2017, 489 profesionales de la salud contaron con calificación curricular de investigador institucional vigente, de los cuales 265 estuvieron contratados de tiempo completo para realizar actividades de investigación. De los profesionales con calificación curricular institucional de investigador 67.1% (328) mantuvieron nombramiento vigente por el Sistema Nacional de Investigadores (SNI), siendo el año con el mayor número de Investigadores IMSS con pertenencia a dicho Sistema, en la historia del Instituto. En 2017, entre los 265 investigadores de tiempo completo, 212 (80.8%) tuvieron nombramiento vigente del Sistema Nacional de Investigadores.

Durante 2017, se publicaron 1,112 artículos científicos, de los cuales 736 (66.2%) fueron incluidos en revistas indizadas; entre estos últimos, 577 (78.4%) se publicaron en revistas con factor de impacto, que representan incrementos respecto al ejercicio previo:

- 3.2% en la producción científica institucional total.
- 5.9% en artículos publicados en revistas indizadas.
- 26.3% en artículos publicados en revistas con factor de impacto.

La Revista *Archives of Medical Research* obtuvo el factor de impacto más alto en la historia de la revista (2.718); consolidándose como la revista médico-científica con el mayor factor de impacto en Latinoamérica; lo que contribuye a mejorar los canales de difusión de la investigación científica y tecnológica desarrollada en el Instituto.

En el ejercicio 2017, se emitieron 4 modalidades de Convocatorias de Concursos de Apoyo Financiero para el Desarrollo de Protocolos de Investigación y Desarrollo Tecnológico (general, temas prioritarios, temas específicos y conclusión de tesis de maestría y doctorado) en donde, conforme a estándares internacionales y pertinencia institucional, resultaron beneficiados 81 protocolos con la asignación de apoyos económicos para su desarrollo.

En lo referente a la formación de recursos humanos para la investigación, en el periodo que se informa, se asignaron 176 becas para realizar cursos de maestría o doctorado en investigación en salud, que representa una variación negativa de -3.3% respecto al ejercicio previo. Hasta diciembre de 2017, las delegaciones y Unidades Médicas de Alta Especialidad informaron la graduación de 94 alumnos en los niveles de maestría o de doctorado en investigación en salud, que representa un incremento de 5.6%, respecto al año previo.

Hasta diciembre de 2017, el Instituto mantuvo, ante la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios, la vigencia en el registro de 92 Comités Locales de Investigación en Salud y ante la Comisión Nacional de Bioética se realizó la inscripción de 79 Comités Locales de Ética en Investigación ubicados en todas las delegaciones y Unidades Médicas de Alta Especialidad; además del Comité Nacional de Investigación Científica ubicado a Nivel Central; durante el ejercicio de reporte, el Instituto autorizó el registro de 4,200 protocolos de investigación científica, siendo la cifra más alta de los últimos 10 años.

En el periodo que se informa, el Instituto presentó 3 solicitudes de registro de título de patente ante el Instituto Mexicano de la Propiedad Industrial (IMPI), con los títulos siguientes:

- "Separador automático para uso en colecistectomías por laparotomía", presentada el 30 de marzo de 2017.
- "Uso de un extracto de ageratina pichinchensis para el tratamiento de vulvovaginitis causada por candida albicans", presentada el 3 de abril de 2017.

- “Uso combinado de biomarcadores y anticuerpos para el diagnóstico temprano de tuberculosis”, presentada el 20 de diciembre de 2017.

Durante el ejercicio 2017, el IMPI otorgó al IMSS el registro de 7 títulos de patente para:

- “Composición de vacunas libres de adyuvante que contiene porinas de salmonella entérica serovar typhi”, obtuvo el título de patente MX346872.
- “Proceso biotecnológico para la obtención de tres galphiminas ansiolíticas a partir del cultivo *in vitro* de galphimia glauca”, obtuvo el título de patente MX346721.
- “Método de estabilización de una formulación farmacéutica elaborada a base de extracto de *hibicus sabdariffa*”, obtuvo el título de patente MX348813.
- “Composiciones de péptidos para el tratamiento y diagnóstico de la fiebre por virus dengue”, obtuvo el título de patente MX350236.
- “Composición farmacéutica que comprende un extracto hexano-acetato de etilo de *ageratina pichinchensis* y su uso para el tratamiento y cura de úlceras venosas crónicas”, obtuvo el título de patente MX350237.
- “Método para la identificación de *mycobacterium tuberculosis*, *mycobacterium tuberculosis complex* y *mycobacterium bovis* en una muestra biológica, y uso de oligonucleótidos específicos”, obtuvo el título de patente MX347395.
- “Extractos de *taxus globosa* para su uso en el tratamiento de la ansiedad”, obtuvo el título de patente MX346722.

En el ejercicio 2017, el Instituto celebró un Convenio de Colaboración en materia de investigación científica con:

- Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, celebrado el 25 de abril de 2017.

V.8. Reforma del Sistema Nacional de Salud

Con el propósito de avanzar en la construcción de un Sistema Nacional de Salud Universal, el Instituto, como uno de los principales proveedores de servicios de salud a nivel nacional, ha impulsado estrategias destinadas a fortalecer la colaboración y el trabajo coordinado con las instituciones públicas de salud para consolidar proyectos como el intercambio de servicios. Con ello, se fomenta la integración de dichas instituciones y se establecen las bases hacia la universalización del sistema de salud.

V.8.1. Intercambio de servicios

A través del intercambio de servicios se busca optimizar la capacidad médica instalada en las instituciones que forman parte del Sistema Nacional de Salud mediante el uso eficiente de los recursos físicos, humanos y económicos con los que cuentan, a fin de garantizar el acceso a los servicios de salud en beneficio de los usuarios y derechohabientes. Adicionalmente, se contribuye a ampliar la cobertura médica, reducir los costos de atención y brindar atención médica oportuna.

Con el propósito de fortalecer las estrategias de colaboración y redefinir las directrices de coordinación entre las instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud, el 2 de marzo de 2017 se suscribió el Acuerdo General de Coordinación para el Intercambio de Servicios entre el Secretario de Salud y los Directores Generales del IMSS y del ISSSTE. El acuerdo tiene por objeto fijar los lineamientos generales para el intercambio o prestación unilateral de servicios de atención médica entre las instituciones públicas de salud. Este instrumento jurídico sustituye al Acuerdo General de Colaboración para el Intercambio de Servicios suscrito el 12 de mayo de 2011, con el cual se fortalecen los lineamientos y mecanismos para garantizar la compensación de las prestaciones realizadas entre las instituciones de salud, con el objetivo de impulsar la suscripción de un mayor número de convenios en más

entidades federativas, a fin de consolidar el intercambio de servicios.

El intercambio o prestación unilateral de servicios opera en las entidades federativas a través de la suscripción de convenios específicos, en donde se establecen las obligaciones y compromisos para la prestación de los servicios en cada entidad, con base en las necesidades de salud local y de acuerdo con la capacidad excedente disponible en cada institución. Los convenios se establecen en apego a los lineamientos e instrumentos establecidos en el acuerdo general, mediante el cual los pacientes son referidos entre las unidades médicas de las instituciones que suscriben los convenios.

A nivel interinstitucional se concluyó con el Manual de Lineamientos Generales para el Intercambio de Servicios, en el cual se describen los procedimientos, mecanismos y formatos acordados por las instituciones para operar el intercambio entre las entidades federativas, el cual en conjunto con el “Listado de Intervenciones, Tratamientos, Servicios Auxiliares de Diagnóstico y Tarifas para el Intercambio de Servicios”, con 715 intervenciones con tarifas homologadas entre las instituciones de salud, forman parte del Acuerdo General de Coordinación para el Intercambio de servicios.

Con base en ello, a partir de la firma del nuevo acuerdo, durante el año 2017 se suscribieron 14 convenios específicos de coordinación para el intercambio de servicios en las entidades federativas de: Aguascalientes, Baja California Sur, Campeche, Chihuahua, Coahuila, Durango, Hidalgo, Quintana Roo, San Luis Potosí, Sinaloa, Tabasco, Tamaulipas, Oaxaca y Yucatán.

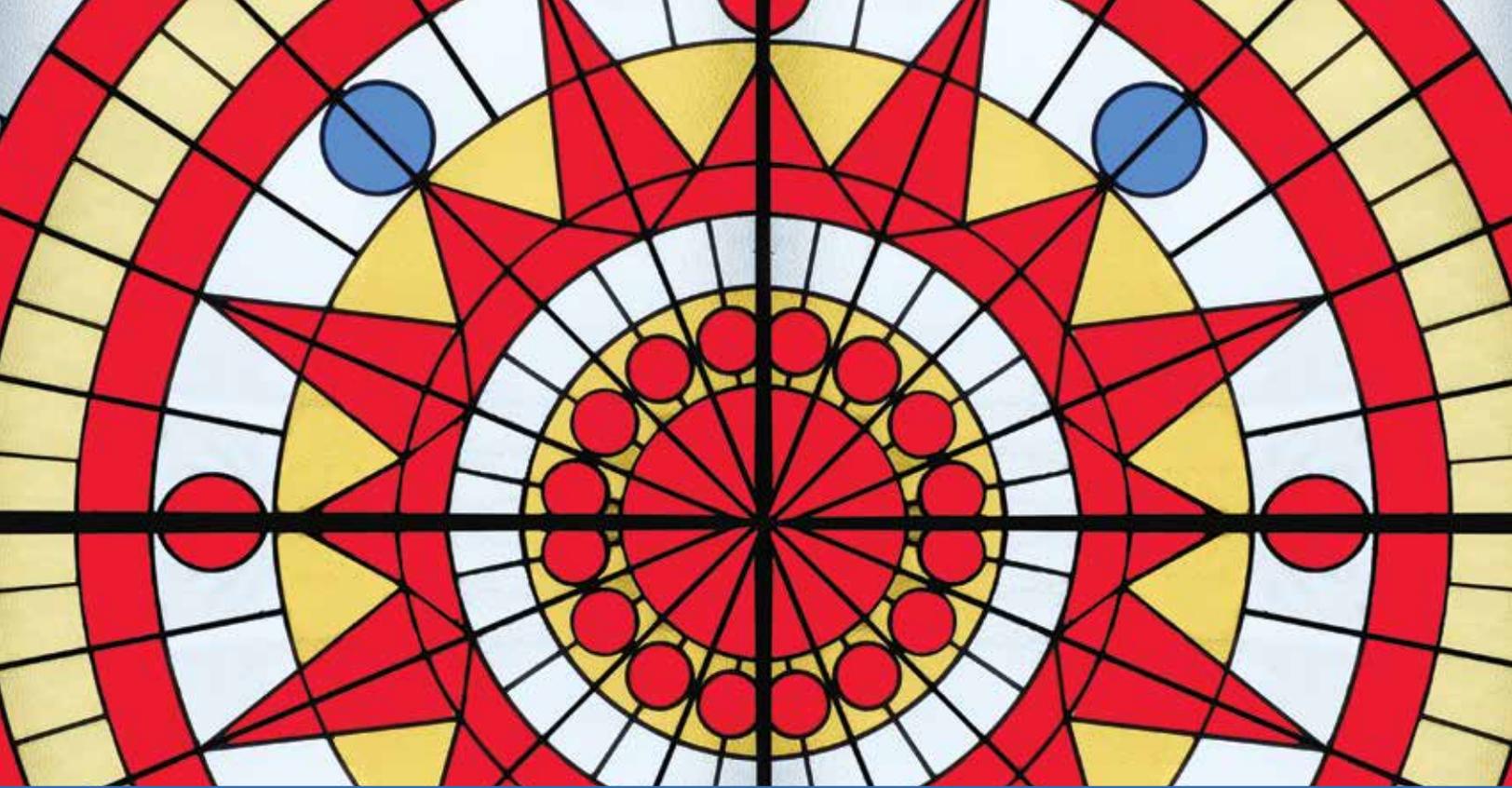
De forma acumulada, desde 2012 hasta diciembre de 2017, con información preliminar para este último año, reportado por las delegaciones, se han referido 27,896 derechohabientes a otras instituciones públicas, atendándose 143,232 eventos. Asimismo, el Instituto ha prestado atención médica a 2,143 no derechohabientes, atendiendo 3,912 eventos. A través de los convenios se han prestado servicios a los derechohabientes entre los que se encuentran la hospitalización psiquiá-

trica, ultrasonidos, radioterapias, resonancias magnéticas simples y contrastadas, tomografías, cateterismos, sesiones de terapia física, hemodiálisis, atenciones obstétricas, exámenes de laboratorio, entre otros. De esta manera, el IMSS ha otorgado servicios como atenciones de partos, cesáreas y legrados, otras cirugías como apendicectomía y colecistectomía, así como placas simples y consulta de especialidad.

Entre los beneficios derivados del intercambio para los derechohabientes se encuentra la provisión de la atención médica en su lugar de residencia, evitándose traslados a otras unidades médicas del IMSS; por ejemplo, en Baja California Sur, se ha logrado disminuir el tiempo de traslado de 4 horas vía aérea, aproximadamente, en viaje redondo de La Paz a Ciudad Obregón, Sonora, a 30 minutos, cuando el paciente se deriva a la unidad médica de otra institución dentro del mismo municipio de La Paz. Adicionalmente, el Instituto ha provisto servicios a otras instituciones en localidades en donde cuenta con una mayor capacidad instalada, como es el caso de la atención otorgada a través del Hospital General de Subzona No. 5 de Guerrero Negro en Baja California Sur, contribuyendo así a fortalecer y ampliar la cobertura médica para la población de la entidad.

Adicionalmente, el Instituto ha colaborado con las estrategias interinstitucionales de capacitación, a través de su participación en los talleres para la operación del intercambio de servicios, coordinados por la Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud, de la Secretaría de Salud, como el llevado a cabo en Ciudad Victoria, Tamaulipas, en 2017.

De esta manera el Instituto ha participado de forma activa con el sector para consolidar el intercambio de servicios y establecer las bases para la integración del Sistema Nacional de Salud Universal.



Seguro de Guarderías y Prestaciones Sociales

Capítulo VI

Este capítulo presenta el estado de actividades del Seguro de Guarderías y Prestaciones Sociales (SGPS), así como las proyecciones financieras de largo plazo y los resultados de un análisis financiero complementario. El análisis se centra en evaluar la situación financiera del ramo de Guarderías y presentar la situación actual de las Prestaciones Sociales, dada su relevancia en materia de bienestar social para los derechohabientes.

Brindar mejores servicios con calidad y calidez es una de las premisas del Instituto. Por ello, se impulsaron programas y actividades que contribuyeran al bienestar de los derechohabientes y público en general. La Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales (DPES) es el área que tiene la responsabilidad de brindar, entre otros, las prestaciones y servicios del SGPS, orientado a fomentar un estilo de vida saludable, prevenir enfermedades y accidentes y, en general, a elevar la calidad de vida de las personas (cuadro VI.1).

VI.1. Estado de actividades

Con base en el Artículo 277 E de la Ley del Seguro Social, el cuadro VI.2 presenta el estado de actividades del Seguro de Guarderías y Prestaciones Sociales para el

CUADRO VI.1.

Prestaciones del Seguro de Guarderías y Prestaciones Sociales

Ramo	Concepto	Descripción
Guarderías	Servicio de guardería infantil	Cubre el riesgo de no poder proporcionar cuidados a sus hijos de 43 días de nacidos a 4 años de edad, durante la jornada laboral de los siguientes trabajadores del Régimen Obligatorio:
	Artículos 201 al 207 de la Ley del Seguro Social	- Mujer trabajadora - Trabajador viudo - Trabajador divorciado que judicialmente tenga la custodia de sus hijos - Asegurados que por resolución judicial ejerzan la patria potestad y custodia de un menor
		Se tiene derecho al servicio a partir de que el trabajador es dado de alta ante el IMSS y una vez que es dado de baja conserva, durante cuatro semanas, el derecho al servicio de guardería.
Prestaciones Sociales	Prestaciones sociales institucionales	- Promoción de la salud - Educación higiénica, materno infantil, sanitaria y de primeros auxilios; prevención de enfermedades y accidentes
	Artículos 208 a 210 A de la Ley del Seguro Social	- Mejoramiento de la calidad de vida - Impulso y desarrollo de actividades culturales y deportivas, recreativas y de cultura física - Promoción de la regularización del estado civil - Cursos de adiestramiento técnico y de capacitación para el trabajo - Centros vacacionales - Superación de la vida en el hogar - Establecimiento y administración de velatorios

Fuente: Ley del Seguro Social.

ejercicio 2017, considerando dos escenarios para el reconocimiento del costo neto del periodo del Régimen de Jubilaciones y Pensiones: i) con registro parcial, mismo que se refiere a los pagos realizados por concepto del Régimen de Jubilaciones, Pensiones y Prima de Antigüedad, y ii) con registro total¹¹¹. El resultado del ejercicio de este seguro fue equivalente a un superávit de 4,126 millones de pesos con el registro parcial del costo neto del periodo de las obligaciones laborales del Instituto, y un déficit de 45,621 millones de pesos con el efecto del reconocimiento total de las obligaciones.

VI.2. Proyecciones financieras de largo plazo

El Seguro de Guarderías y Prestaciones Sociales observa una situación financiera estable en el corto y mediano

plazos¹¹². De 2018 a 2045, los resultados muestran excedentes promedio que equivalen a casi 3% de sus ingresos anuales. De continuar con la cobertura actual del servicio de guardería, los ingresos y los gastos crecerán proporcionalmente a tasas promedio anual de 2.4% y 2.8%, respectivamente, lo que trae como consecuencia que se prolongue el resultado financiero positivo en este seguro hasta el último año mencionado (gráfica VI.1).

La prima de contribución que establece la Ley del Seguro Social¹¹³ para financiar este seguro, igual a la aportación patronal equivalente a 1% del salario base de cotización de todos los trabajadores asegurados, permite tener sustentabilidad financiera para poder garantizar el servicio de guardería a los niños que lo demandan. Actualmente, sólo se otorga el servicio de guardería a 23.2% de los niños que potencialmente tienen derecho al mismo, por lo que ante un escenario de expansión en

¹¹¹ Para más detalles sobre el costo neto del periodo ver el Capítulo X, sección X.1.1.

¹¹² En el Anexo D se muestran las cifras detalladas de estos resultados.

¹¹³ Artículos 211 y 212 de la Ley del Seguro Social.

CUADRO VI.2.

Estado de actividades del Seguro de Guarderías y Prestaciones Sociales, al 31 de diciembre de 2017

(millones de pesos corrientes^{1/})

Concepto	Con registro parcial	Con registro total
	Costo neto del periodo	Costo neto del periodo
Ingresos y otros beneficios		
Ingresos de la gestión		
Cuotas y aportaciones de seguridad social	22,191	22,191
Ingresos por venta de bienes y servicios		
Ingresos por venta de bienes y servicios de organismos descentralizados	400	400
Otros ingresos y beneficios		
Ingresos financieros		
Intereses ganados de valores, créditos, bonos	27	27
Otros ingresos y beneficios varios^{2/}	505	469
Total de ingresos	23,122	23,087
Gastos y otras pérdidas		
Gastos de funcionamiento		
Servicios de personal ^{2/}	4,894	4,742
Materiales y suministros	362	362
Servicios generales y subrogación de servicios	11,102	11,102
Otros gastos y pérdidas		
Subsidios	0	0
Ayudas sociales, donativos y cuotas a organismos internacionales	51	51
Estimaciones, depreciaciones y deterioro	394	394
Otros gastos	89	89
Pagos a pensionados y jubilados IMSS ^{2/}	2,105	2,222
Costo por beneficios a empleados (RJP) ^{3/}	-	49,747
Total de gastos	18,996	68,707
Resultado del ejercicio	4,126	-45,621

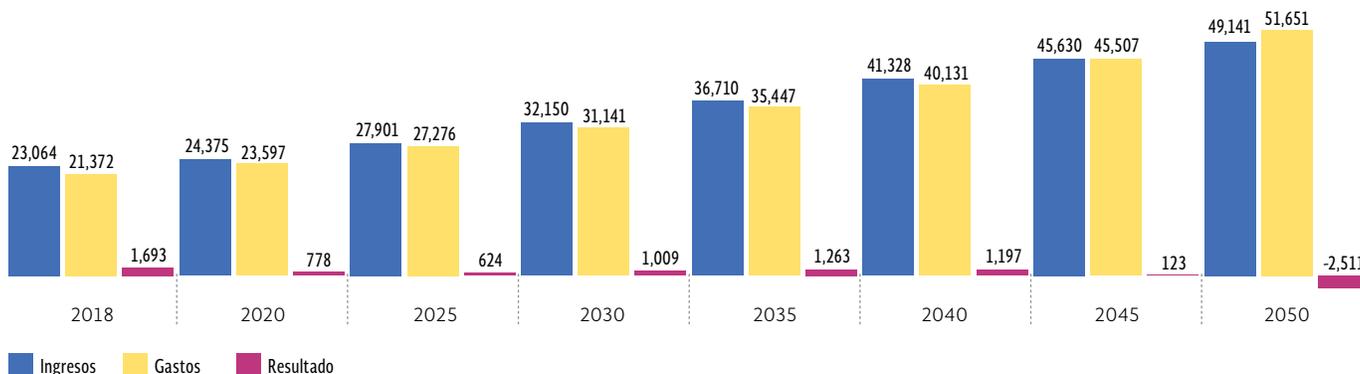
^{1/} Los totales pueden no coincidir debido al redondeo de cifras.^{2/} En el rubro de Otros ingresos y beneficios varios con registro total no se consideran 36 millones, por la recuperación de la nómina de jubilados del Programa IMSS-PROSPERA, ya que se incluye en el rubro de Pagos a pensionados y jubilados IMSS. Asimismo, en el rubro de Servicios de personal con registro total no se consideran 152 millones de pesos correspondientes a los pagos por prima de antigüedad y las aportaciones del Instituto al Régimen de Jubilaciones y Pensiones (RJP), de acuerdo con las cláusulas contractuales, ya que están incluidos en el rubro de Pagos a pensionados y jubilados IMSS.^{3/} El costo neto del periodo determinado por el despacho externo Lockton México Agente de Seguros y de Fianzas, S. A. de C. V. se integra por los rubros de Pagos a pensionados y jubilados IMSS y el Costo por beneficios a empleados (RJP), la determinación del costo neto de 2017 para Régimen de Jubilaciones y Pensiones y para Prima de Antigüedad e Indemnizaciones en favor de los Trabajadores del Instituto Mexicano del Seguro Social, se realizó considerando la NIF D-3 "Beneficios a los Empleados" y las Mejoras 2017 con lo que se elimina el factor de reconocimiento gradual de las partidas pendientes de amortizar en el cargo a resultados y se incorpora el reconocimiento inmediato del saldo pendiente de amortizar, por lo que para este seguro se realizó una asignación de 51,969 millones de pesos.

Fuente: Dirección de Finanzas, IMSS, a partir de los Estados Financieros dictaminados al 31 de diciembre de 2017 y 2016, y de la Valuación Actuarial del Régimen de Jubilaciones y Pensiones, y Prima de Antigüedad de los Trabajadores del Instituto Mexicano del Seguro Social bajo la Norma de Información Financiera D-3 "Beneficios a los Empleados", al 31 de diciembre de 2017 y Proyecciones para 2018.

GRÁFICA VI.1.

Cierre 2018 y proyección 2019-2050 de ingresos, gastos y resultado financiero del Seguro de Guarderías y Prestaciones Sociales

(millones de pesos de 2018)



Fuente: Dirección de Finanzas, IMSS.

esta cobertura, se podría invertir el resultado financiero superavitario que observa este seguro.

Ante un escenario hipotético en el que se otorgue el servicio de guardería a la población de niños con mayor probabilidad de requerirlo (50% respecto al total de los que tienen derecho), se tendría un resultado deficitario, promedio anual, del orden de 2.5 veces los ingresos esperados. En términos de primas, para cubrir los gastos de la población con mayor probabilidad de hacer uso del servicio de guardería, se requeriría una prima media nivelada igual a 1.42% del salario base de cotización (gráfica VI.2).

VI.3. Guarderías del IMSS mejor que nunca

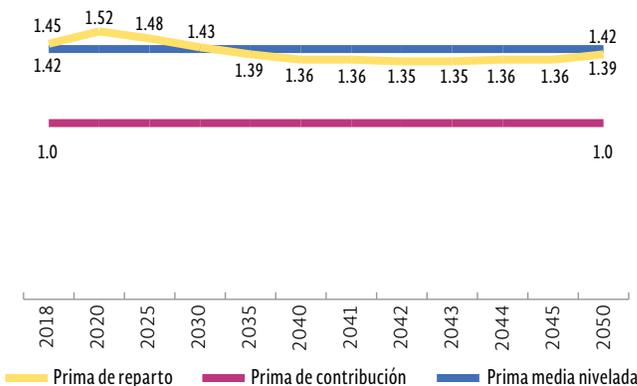
El Ramo de Guarderías favorece el desarrollo integral de los niños con un servicio de alto valor educativo y nutricional, así como la prevención, promoción y fomento de la salud. En 2017, el IMSS reafirmó su compromiso de proporcionar los servicios sociales necesarios para el bienestar de los derechohabientes, en este caso de las madres trabajadoras y sus hijos.

En las últimas décadas, el aumento en la participación de las mujeres en la fuerza laboral ha provocado un

GRÁFICA VI.2.

Prima de reparto, de contribución y media nivelada^{1/} del Seguro de Guarderías y Prestaciones Sociales, 2018-2050

(porcentaje del salario base de cotización)



^{1/} Prima de Contribución, es la aportación que hacen los patrones para el financiamiento del Seguro de Guarderías y Prestaciones Sociales, expresada como porcentaje del salario base de cotización; Prima de Reparto, es la prima que equilibraría los ingresos y los gastos del seguro en cada año del periodo de proyección considerado; Prima Media Nivelada, es la prima que permitiría asegurar el equilibrio financiero del seguro durante todo el periodo de proyección evaluado.

Fuente: Dirección de Finanzas, IMSS.

enorme cambio social, político y económico en el país. De acuerdo con cifras del INEGI, la tasa de participación de las mujeres en la economía de México, al cierre de 2017, fue de 43.2%, cuando en 1970 apenas era superior a 15%, como se muestra en la gráfica VI.3. A pe-

sar de este enorme aumento en su participación en la economía, debido a la prevalencia de estructuras familiares tradicionales, las mujeres suelen ser las encargadas del cuidado de los hijos. Esto ha provocado que sea indispensable que las familias encuentren alternativas para el cuidado de los niños, mientras madres y padres desempeñan las actividades laborales.

El servicio de guardería del Instituto tiene capacidad para proporcionar atención y cuidado a más de 200 mil niños desde los 43 días de nacidos hasta los 4 años de edad. Este servicio no sólo incluye el cuidado y protección diaria, sino el desarrollo de aspectos socioafectivos, de psicomotricidad, de salud, de recreación, nutricionales y cognitivos. Al encontrar en las guarderías un ambiente adecuado para la atención y educación de los niños, las madres beneficiarias pueden realizar sus labores con tranquilidad. De esta manera, se favorece el desarrollo de los niños al proporcionarles, durante la primera infancia, un servicio de alto valor educativo, nutricional y de fomento de la salud, fundamentales para generar hábitos indispensables para la vida.

La cobertura del servicio de guardería ha sido y continúa siendo una prioridad para el IMSS. El Instituto

presta el servicio de manera directa en sus propias instalaciones, por medio de los esquemas Ordinario y Madres IMSS, así como de manera indirecta por medio de terceros, a través de los esquemas Vecinal Comunitario Único, en el Campo, en Empresa y Guardería Integradora.

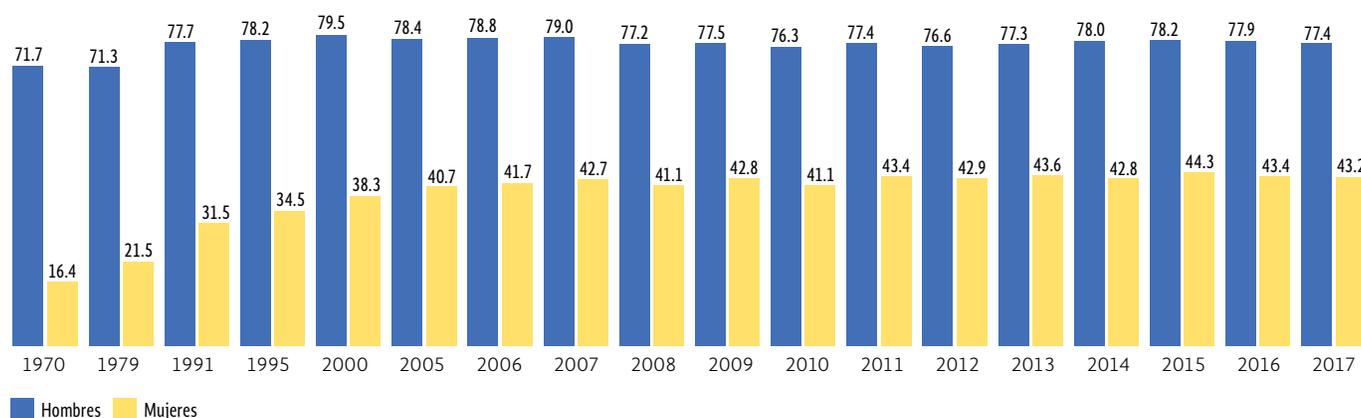
A diciembre de 2017, el Instituto contó con 1,363 guarderías con capacidad para más de 235 mil niños. 142 guarderías de prestación directa que representaban 10% del total de las guarderías, con una capacidad instalada de 29,623 lugares y 1,221 guarderías de prestación indirecta con una capacidad instalada de 205,421 lugares, lo que representaba 90% de las guarderías, como puede observarse de forma desagregada por delegación en el cuadro VI.3.

VI.3.1. Análisis financiero complementario del ramo de Guarderías

El Seguro de Guarderías y Prestaciones Sociales se financia a través de la cuota patronal igual a 1% del salario base de cotización¹¹⁴. De esta aportación al menos 80% se destina a cubrir los gastos derivados del otorgamiento del Servicio de Guardería. Aunque la contabilidad institucional no se presenta por ramo de aseguramiento

¹¹⁴ Artículo 211 de la Ley del Seguro Social.

GRÁFICA VI.3.
Tasas de participación laboral por sexo, 1970-2017
(porcentajes)



Fuente: 1970-1995: De Oliveira, Orlandina, et al. (2001), "La fuerza de trabajo en México: Un siglo de cambios", en: La población de México, Tendencias y Perspectivas Sociodemográficas hacia el Siglo XXI, Gómez de León, José y Rabell, Cecilia, Coordinadores, Fondo de Cultura Económica-Consejo Nacional de Población (CONAPO), México, 2001; 2000-2017, Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), Indicadores Estratégicos, Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (ENOE) al cuarto trimestre de cada año.

CUADRO VI.3.
Estadísticas del servicio de guarderías del IMSS por delegación, a diciembre de 2017

Delegación	Número de guarderías	Capacidad instalada	Niños inscritos	Solicitudes pendientes	Demanda total	Ocupación (%)	Demanda no atendida (%)
	(a)	(b)	(c)	(d)	(e)=(c)+(d)	(f)=(c)/(b)	(g)=(d)/(e)
Jalisco	95	16,374	14,084	3,744	17,828	86.0	21.0
Chihuahua	87	16,292	12,658	720	13,378	77.7	5.4
Baja California	81	15,838	11,885	447	12,332	75.0	3.6
Nuevo León	80	12,658	10,721	4,458	15,179	84.7	29.4
Sonora	74	14,516	12,618	1,647	14,265	86.9	11.5
Tamaulipas	73	13,269	9,901	567	10,468	74.6	5.4
Ciudad de México Sur	69	13,241	9,762	1,123	10,885	73.7	10.3
Ciudad de México Norte	63	11,790	8,708	326	9,034	73.9	3.6
Guanajuato	59	11,401	9,295	642	9,937	81.5	6.5
Estado de México Oriente	59	9,579	7,611	484	8,095	79.5	6.0
Coahuila	58	10,030	8,203	1,717	9,920	81.8	17.3
Sinaloa	45	7,382	6,793	3,548	10,341	92.0	34.3
Michoacán	38	6,766	6,081	1,295	7,376	89.9	17.6
Veracruz Norte	37	5,070	4,052	313	4,365	79.9	7.2
Puebla	37	5,189	4,048	209	4,257	78.0	4.9
Estado de México Poniente	34	6,022	4,625	181	4,806	76.8	3.8
Yucatán	33	5,065	4,015	389	4,404	79.3	8.8
Morelos	30	4,867	3,430	115	3,545	70.5	3.2
Querétaro	29	5,417	4,947	1,817	6,764	91.3	26.9
San Luis Potosí	29	5,130	4,551	1,230	5,781	88.7	21.3
Zacatecas	28	3,592	3,138	334	3,472	87.4	9.6
Veracruz Sur	27	3,232	2,566	126	2,692	79.4	4.7
Aguascalientes	25	4,543	3,832	310	4,142	84.3	7.5
Colima	21	3,641	3,302	352	3,654	90.7	9.6
Quintana Roo	20	3,684	3,143	448	3,591	85.3	12.5
Nayarit	18	3,122	2,746	258	3,004	88.0	8.6
Hidalgo	18	2,688	2,018	83	2,101	75.1	4.0
Durango	17	3,192	2,819	658	3,477	88.3	18.9
Guerrero	15	2,920	2,364	406	2,770	81.0	14.7
Oaxaca	15	1,919	1,629	182	1,811	84.9	10.0
Baja California Sur	14	2,358	2,039	184	2,223	86.5	8.3
Chiapas	14	1,772	1,185	33	1,218	66.9	2.7
Campeche	8	814	631	41	672	77.5	6.1
Tabasco	7	1,008	840	100	940	83.3	10.6
Tlaxcala	6	663	589	50	639	88.8	7.8
Total	1,363	235,044	190,829	28,537	219,366	81.2	13.0

Fuente: Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales, IMSS.

separando lo correspondiente al ramo de Guarderías del de Prestaciones Sociales, en este apartado se muestra una estimación de la situación financiera que observa el ramo de Guarderías.

De 2012 a 2017, el ramo de Guarderías ha observado excedentes crecientes en sus resultados financieros. Esto es debido a que, por un lado se ha tenido un incremento promedio anual de 4% en las cuotas patronales, aumentando en el periodo mencionado un total de 3,392 millones de pesos, y por otro lado, el gasto corriente operativo se ha contenido al crecer apenas en 1% en cada año. Destaca que el gasto por servicios de personal ha disminuido en 0.3%, en promedio anual en el periodo señalado. En términos reales, el resultado positivo en el ramo de Guarderías se ha duplicado en el lapso mencionado, pasando de 1,758 a 3,595 millones de pesos (cuadro VI.4).

Estos resultados positivos, en combinación con la implementación de las estrategias de contratación de

servicios de guardería que realiza actualmente el Instituto, permitirán optimizar los recursos institucionales a fin de reducir el rezago en la demanda de servicios de guardería no atendida.

VI.3.2. Expansión y ampliación de las guarderías

Con la finalidad de brindar mejores servicios para las madres trabajadoras y sus hijos, en apego a la Ley, el Instituto consideró 2 principales acciones para atender la creciente demanda del servicio de guardería: i) la contratación de nuevas guarderías, y ii) la ampliación de la capacidad instalada en guarderías que ya otorgaban el servicio al Instituto.

Al cierre de 2017, se habían obtenido 22,788 nuevos lugares, logrando el fortalecimiento de las acciones de expansión y una mayor cobertura de la demanda.

CUADRO VI.4.
Situación financiera del Ramo de Guarderías, 2012-2017
(millones de pesos de 2018)

Concepto	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Ingresos						
Cuotas obrero-patronales (1)	15,131	15,645	16,250	17,133	17,959	18,523
Otros ingresos (2)	1,409	201	115	324	322	359
Total de ingresos (3)=(1)+(2)	16,540	15,846	16,365	17,458	18,281	18,882
Gastos						
Servicios de personal	2,909	2,909	2,923	2,971	2,972	2,859
Consumo de medicamentos, material de curación y otros	192	185	199	306	319	242
Mantenimiento	130	92	102	107	106	84
Servicios generales y subrogación de servicios	10,018	9,706	9,620	9,678	9,952	10,721
Régimen Jubilaciones y Pensiones IMSS	1,016	1,039	1,074	1,303	1,065	1,227
Total de gasto corriente (4)	14,265	13,930	13,918	14,366	14,414	15,133
Otros gastos ^{1/} (5)	268	-307	131	146	100	155
Total de gastos (6)=(4)+(5)	14,533	13,624	14,049	14,512	14,514	15,288
Provisiones y traslados ^{2/} (7)	249	251	177	-5	-5	-2
Resultado financiero (8)=(3)-(6)+(7)	1,758	1,971	2,139	2,951	3,773	3,595

^{1/} Estos gastos incluyen intereses financieros, castigos por incobrabilidades y fluctuaciones en precios y depreciaciones.

^{2/} Estos gastos consideran los conceptos de provisión para obligaciones contractuales y traslado de la depreciación.

Fuente: Dirección de Finanzas, IMSS.

En 2015, 7 delegaciones implementaron procedimientos de contratación para 7 guarderías, en los que resultaron adjudicadas 6 partidas que representaron 1,308 lugares contratados para el periodo 2017-2022. Asimismo, durante 2016, se logró la contratación de 1,912 nuevos lugares para el mismo periodo.

En el primer semestre de 2017, se realizó un análisis exhaustivo de los términos y condiciones de la contratación de guarderías en los citados procedimientos de licitación. Con base en los resultados de dicho análisis, se desarrollaron nuevos términos y condiciones en los que se construyó un programa detallado de entregas que facilita el seguimiento de la habilitación de los inmuebles en los que se prestará el servicio, así como de la supervisión del otorgamiento del servicio durante la vigencia del contrato, entre otras mejoras.

Durante el tercer cuatrimestre de 2017, con estas nuevas condiciones, las delegaciones efectuaron procedimientos de contratación y adjudicaron 83 partidas que representaron el mismo número de guarderías y un total de 17,748 nuevos lugares en el país, contratados para el periodo 2017-2022.

Sobre el incremento en la capacidad instalada, se incluyó la posibilidad de que las guarderías, cuyos contratos vencieron en diciembre de 2017, ofrecieran nuevos lugares adicionales a los que venían operando, así como ampliar la capacidad instalada de las guarderías en operación, lo que resultó en la adjudicación de 1,820 nuevos lugares. En agosto de 2017, se emitieron los “Criterios para la autorización de ampliación de capacidad instalada en guarderías de prestación indirecta del IMSS”, dando con ello inicio al proceso de autorización de ampliación.

VI.3.3. Continuidad en la prestación del servicio de guardería

En diciembre de 2017, concluyó la vigencia de 220 contratos de Prestación del Servicio de Guardería de los esquemas Vecinal Comunitario Único y de Guardería Integradora, así como de 2 convenios de Subrogación

del Servicio de Guardería bajo el esquema de Guardería en el Campo.

Para asegurar la continuidad del servicio, se llevaron a cabo procedimientos de contratación de conformidad con el Artículo 134 constitucional y con la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público (LAASSP) y su Reglamento, considerando, además, criterios de altos estándares de servicio. Las delegaciones estatales, regionales y de la Ciudad de México reportaron la suscripción de 204 contratos de prestación de servicios, con vigencia de 2018 a 2022. Con ello, el Instituto asegura la continuidad del servicio de más de 32 mil lugares, es decir, cerca de 14% de la capacidad instalada total. Adicionalmente, 7 guarderías, que representan 1,188 lugares, suscribieron convenio de ampliación de vigencia del contrato original al primer trimestre de 2018. En 11 guarderías no se suscribió contrato o convenio por decisión de los proveedores o por falta de cumplimiento de los requisitos e indicadores.

Además, se implementaron acciones de mejora en estos contratos y convenios, a fin de lograr cambios e innovaciones que flexibilizan algunos procesos, teniendo siempre como prioridad la seguridad y el bienestar de los niños. En ese sentido, se estableció una revisión minuciosa del servicio, que permite determinar la cuota aplicable. En 2016, se estableció un mecanismo que contempla 2 cuotas, con el propósito de incentivar a los prestadores del servicio a mantener y mejorar la calidad del mismo. Esto, sumado a la duración de 5 años de vigencia de los contratos, facilitará que los prestadores puedan invertir en mantenimiento preventivo y correctivo de sus inmuebles. Además, se diseñó un mecanismo para dar gradualidad a las sanciones. Todas estas acciones de mejora deberán verse reflejadas en un servicio de mayor calidad y calidez para los usuarios de guarderías.

VI.3.4. Primer grado de preescolar en las guarderías del IMSS

La educación preescolar forma parte de la educación básica obligatoria, como lo establece el Artículo 3 de la

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Sin embargo, antes, en las guarderías del IMSS no se entregaba un documento oficial del primer grado de preescolar, situación que dejaba a muchos niños en rezago educativo. En atención a la instrucción del Presidente de la República, en septiembre de 2016 dio inicio el Programa Nacional de Certificación de Guarderías para que los niños que acuden a ellas cuenten con un documento que acredite que cursaron el primer año de la educación preescolar.

Al cierre de 2017, 93% de las guarderías del IMSS contaban con la validez oficial del primer año de preescolar. Esto beneficia a 45 mil niños cuyas edades van de los 2 años 8 meses a los 4 años. Aunque cabe destacar que los beneficios se amplían a los más de 200 mil niños que tiene el Instituto en sus guarderías, que cursarán el preescolar. Asimismo, estas acciones benefician a los trabajadores usuarios, al permitirles continuar disfrutando de 9 horas de servicio de guardería, donde los niños reciben cuidado, atención y alimentación, al tiempo de evitarles erogaciones que en un jardín de niños particular podrían llegar hasta 70 mil pesos al año.

Con esta acción, los niños inscritos en las guarderías se integran al Sistema Educativo Nacional, lo cual contribuye a abatir el rezago educativo a nivel estatal y en todo el país, al mismo tiempo que coadyuva a reducir el índice de pobreza multidimensional.

VI.3.5. Revisión del marco normativo

En 2017 se revisaron y actualizaron las siguientes disposiciones en materia normativa:

- i) Procedimiento para la supervisión-asesoría de la operación del servicio de guardería.
- ii) Procedimiento para la administración de personal en guarderías de los esquemas Madres IMSS y Ordinario.

También, se llevó a cabo una actualización de la normatividad de los requisitos de diseño arquitectónico para proyectos de guarderías de prestación indirecta

y los estándares de seguridad en guarderías del IMSS. Esta actualización se trabajó en conjunto con áreas especializadas en materia de seguridad y protección civil, como la Coordinación Técnica de Seguridad y Resguardo de Inmuebles, la Coordinación de Salud en el Trabajo, la División de Proyectos del IMSS y la Dirección General de Protección Civil de la Secretaría de Gobernación (SEGOB). El resultado de estos trabajos conjuntos llevó a la mejora de los estándares y la inclusión de nuevos apartados, que permiten cubrir más aspectos de la Ley General de Prestación de Servicios para la Atención, Cuidado y Desarrollo Integral Infantil y su Reglamento, así como diversas normas oficiales mexicanas, entre otra normatividad aplicable.

Una de las mejoras más significativas es que los niños menores de 12 meses, o que aún no consolidan la marcha, sólo deben participar en 6 de los 24 simulacros que se realizan al año. Esta medida está fundamentada en la necesidad de no exponerlos a riesgos innecesarios y evitar accidentes entre este grupo de población. En ese mismo sentido, el personal de la guardería continuará practicando durante los simulacros utilizando monitores o muñecos que simulen el peso, talla y morfología de este grupo etario.

VI.3.6. Proyectos adicionales Alimentación sana, variada y suficiente

En 2016, el Instituto modificó la alimentación en sus guarderías para que sea sana, variada y suficiente. El nuevo esquema elimina los productos con azúcar agregada; incluye granos integrales; refuerza la ingesta de verduras y frutas, grasas sanas, como el cacahuate, aguacate y aceite de canola y olivo; además, privilegia el consumo de agua simple. Este cambio busca generar una modificación en los hábitos alimenticios para prevenir la obesidad, el sobrepeso y padecimientos asociados, como la diabetes y enfermedades cardiovasculares, entre otras.

Desde el segundo semestre de 2017 está disponible en línea el recetario *Lleva los menús de*

la guardería a tu casa, el cual incluye los 40 menús que se ofrecen en las guarderías del IMSS para continuar en casa la alimentación que los niños reciben en las mismas. Esto contribuye para que las comidas de las familias mexicanas sean igualmente sanas, variadas y suficientes. El recetario se envió por correo electrónico a aproximadamente 150 mil usuarios del servicio de guarderías y se difundió en las redes sociales del Instituto, así como en el portal de Internet del Consejo Nacional de Prestación de Servicios de Atención, Cuidado y Desarrollo Integral Infantil. Además, fue distribuido por correo interno a los 440 mil trabajadores del Instituto para tener un mayor impacto.

Lectura en voz alta

La lectura en voz alta con niños menores de 5 años, realizada por los padres y por sus cuidadores en guarderías, juega un papel fundamental en la creación de habilidades lectoras, imaginativas y creativas. En los últimos años, las neurociencias han comprobado la importancia de los primeros años del ser humano. De acuerdo con estudios recientes, 25% del cerebro se desarrolla antes de nacer y el restante 75% antes de los 6 años. Por ello, es importante impulsar acciones de estimulación en la primera infancia. Una de ellas es la lectura en voz alta.

En noviembre de 2017, se incluyó esta actividad en el programa educativo de las guarderías del IMSS. Así, el personal en sala debe leer en voz alta al menos 15 minutos todos los días a los niños de todas las edades, desde 43 días a 4 años. Con esta iniciativa se busca que los más de 200 mil niños que asisten a guarderías alcancen una mayor comprensión, más vocabulario y tengan desarrollos cognitivos. La lectura en voz alta también contribuirá a reducir las posibilidades de deserción escolar.

Ayuda en efectivo

En marzo de 2017, el H. Consejo Técnico del Instituto aprobó la reforma al Reglamento para la Prestación de los Servicios de Guardería. Con esta reforma se amplió el otorgamiento de la ayuda en efectivo a los trabaja-

dores que se encuentren bajo el Régimen Obligatorio del IMSS, cuando se tenga que interrumpir el servicio de guardería por razones operativas, como las de seguridad o calidad, siempre y cuando no haya otra opción para la reubicación de los niños que se encuentren inscritos en las guarderías a cargo del Instituto.

Esta medida se realizará conforme a los lineamientos que se emitan para tal efecto, a fin de que se proporcione a los hijos de los trabajadores los cuidados necesarios durante su jornada laboral. Con ello, en los casos en los que se tenga que suspender el servicio de guardería por razones operativas como las de seguridad o calidad y sea la única guardería en la localidad, será posible apoyar a los usuarios que tengan niños inscritos en la guardería con una ayuda en efectivo.

De enero a septiembre de 2017, 2 guarderías efectuaron pagos por concepto de ayuda en efectivo: una en Baja California Sur y la única guardería en el municipio de Arriaga, Chiapas, que sufrió daños a consecuencia del sismo del 7 de septiembre de 2017. En este periodo, se pagaron alrededor de 67 mil pesos a la Delegación de Baja California Sur por concepto de ayuda en efectivo, con lo que concluyó el otorgamiento de este apoyo al cumplir el último menor los 4 años de edad. Por su parte, en la Delegación de Chiapas sólo en el mes de septiembre se pagaron cerca de 146 mil pesos a los asegurados que recibían el servicio de guardería.

Calidad y calidez en las guarderías

El Instituto supervisa la calidad del servicio de todas sus guarderías durante el año, con el apoyo de 2 herramientas: el instrumento de supervisión-asesoría integral y las Encuestas de Satisfacción a Usuarios de las Guarderías.

El instrumento de supervisión-asesoría integral se rediseñó en 2017 para convertirlo en una herramienta más eficaz para la medición del desempeño y la calidad de las guarderías, que permitiera enfocarlo a la identificación de posibles factores de riesgo para fortalecer la seguridad en las unidades, dar gradualidad a sus reactivos, reducir la discrecionalidad en la califica-

ción de algunos reactivos, así como optimizar los tiempos de supervisión de las coordinadoras zonales al disminuir las cargas administrativas. Para ello, se contó con la opinión de expertos externos que proporcionaron su conocimiento científico y técnico, tales como la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS), la Dirección General de Vinculación e Innovación en Materia de Protección Civil de la SEGOB y el Sistema Nacional para Desarrollo Integral de la Familia (DIF). En complemento, el Instituto realiza la Encuesta de Satisfacción del Usuario del Servicio de Guardería, que aplican las coordinadoras zonales de las delegaciones para conocer la opinión de los usuarios. En 2017, el resultado de dicha Encuesta arrojó una satisfacción de 98% por parte de los usuarios a nivel nacional, siendo Campeche, Querétaro y Veracruz Norte las tres delegaciones del IMSS mejor calificadas.

El IMSS también alienta la participación activa de la sociedad, a través de la opinión que padres y madres usuarias aportan para mantener y contribuir a alcanzar los niveles más altos de calidad, seguridad y transparencia en el servicio de guarderías. En octubre de 2010, se firmó el convenio de Participación Social en Guarderías con Transparencia Mexicana, A. C. En noviembre de 2017, concluyó el séptimo ciclo de visitas a las guarderías de prestación indirecta del IMSS en el marco de este mecanismo de Participación Social en Guarderías. En estas visitas se revisan aspectos como seguridad integral del menor, fomento a la salud, alimentación y seguridad en cada unidad. Más de 50 mil padres de familia han participado en alrededor de 9,300 visitas y han sumado cerca de 101 mil horas en este ejercicio ciudadano desde su implementación. En 2017, se realizaron 1,277 visitas a 1,221 guarderías de prestación indirecta; participaron 6,507 padres de familia, invirtiendo un total de más de 13 mil horas.

Por último, el Instituto, en colaboración con la Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH), capacitó, en 2017, a 2,526 personas en sus 35 delegaciones (personal delegacional y operativo de las

guarderías de prestación directa e indirecta) en tres temas sustantivos: i) estrategias para prevenir e identificar conductas de connotación sexual en centros de atención infantil; ii) derechos de niñas, niños y adolescentes; violencia familiar: conceptos generales, delitos cometidos contra la familia y sus integrantes, y iii) hostigamiento sexual.

VI.4. Prestaciones Sociales

El ramo de Prestaciones Sociales tiene como finalidad fomentar la salud, prevenir enfermedades y accidentes, y contribuir a la elevación general de los niveles de vida de la población, a través de las prestaciones sociales institucionales.

Las prestaciones sociales son proporcionadas mediante el impulso y desarrollo de actividades deportivas, recreativas y culturales; operación de centros vacacionales, tiendas y velatorios; programas de promoción de la salud; prevención de enfermedades y accidentes; cursos de adiestramiento técnico y de capacitación para el trabajo, y superación de la vida en el hogar, a través de un adecuado aprovechamiento de los recursos económicos y de mejores prácticas de convivencia.

Estos servicios y programas son proporcionados en las instalaciones del Instituto, tanto a derechohabientes como a la población en general. En 2017, el IMSS incrementó la inversión para ampliar y renovar las instalaciones de prestaciones sociales, con el objetivo de promover el deporte, fortalecer los espacios culturales y mejorar la rentabilidad de los centros vacacionales y tiendas.

Como resultado del fortalecimiento de la infraestructura del Instituto, en 2017 y el primer trimestre de 2018, aproximadamente 23 millones de personas se beneficiaron con los programas y servicios que se ofrecen en las Unidades Operativas de Prestaciones Sociales Institucionales (UOPSI); 13.7 millones de personas asistieron a actividades deportivas y 9.5 millones de personas acudieron a actividades de promoción de la salud, desarrollo cultural y capacitación. Asimismo, poco más de

654 mil usuarios visitaron los 4 Centros Vacacionales del IMSS y se otorgaron más de 29 mil servicios funerarios.

VI.4.1. Bienestar Social

Fomentar el bienestar de los derechohabientes y de la población en general es una prioridad elemental del IMSS. A través del impulso al deporte y la cultura, la promoción y el fomento a la salud, así como la capacitación técnica certificada, es como el Instituto consolida este objetivo.

Cultura física y deporte

Un componente básico del bienestar social, como medio para adoptar estilos de vida saludables y prevenir enfermedades, es la práctica del deporte. El IMSS ha sido un agente de cambio activo para mejorar los hábitos de una gran parte de la población a través del deporte. De enero de 2017 a marzo de 2018 asistieron 13.7 millones de personas a las UOPSI para participar en diversas disciplinas deportivas, tales como básquetbol, voleibol, fútbol, natación, atletismo, clavados, entre otras.

Como parte de las acciones para promover el deporte social, en noviembre de 2017, se llevó a cabo la quinta edición de la Carrera “Padres e Hijos”, evento que forma parte de la Estrategia Nacional para la Prevención y el Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes. En este evento participaron 3,412 parejas. Asimismo, en el mes de diciembre se realizó la quinta edición de la tradicional “Carrera Navideña IMSS”, en la que se dieron cita más de 4 mil corredores. En este mismo sentido, en marzo de 2018, en conmemoración del 75 Aniversario del IMSS, se celebró la “Carrera 75 Años IMSS” en la Ciudad de México y en 10 ciudades de manera simultánea, en la que se dieron cita más de 10 mil inscritos para recorrer 3, 5 o 10 kilómetros.

Desarrollo cultural

Como parte de la estrategia IMSS Cultural y con el objeto de promover el desarrollo cultural, durante 2017 y el primer trimestre de 2018, se llevaron a cabo 6 exposiciones culturales en las instalaciones del Instituto:

“Los Nahuales de la Plástica”, “Frida y yo”, “Ignacio María Beteta, pintor y revolucionario”, “Vario Génesis, escultura contemporánea de la colección pago en especie de la SHCP”, “Federico Cantú y el IMSS” y “Tiempos de Luz”, en colaboración con la Escuela Mexicana de Arte Down de la Fundación John Langdon Down, que contaron con una asistencia de más de 60 mil personas.

Asimismo, el IMSS promueve la cultura como un factor de bienestar social a través de su red de teatros, la más grande de América Latina, en 38 inmuebles de alto valor histórico. Durante 2017 y los primeros 3 meses de 2018, se recibieron a más de 2.2 millones de espectadores. En septiembre de 2017, en el marco del nombramiento del Teatro Guadalajara “Ignacio López Tarso”, se anunció la Gira IMSS Cultural Teatros, la cual tiene como objetivo promover los recintos teatrales y potencializarlos a través de obras de calidad. En esta primera etapa, se efectuaron 48 puestas en escena de: “Quijote, vencedor de sí mismo”, “Imperio”, “El Amor de las Luciérnagas”, “Un Picasso”, “El Diario de Ana Frank” y “Zapato busca Sapato”, en 12 teatros de distintas ciudades de la República Mexicana con la participación de más de 14 mil asistentes.

Por último, el programa HOSPITALARTE, el cual tiene como objetivo ofrecer espacios y momentos de esparcimiento para pacientes pediátricos y sus familiares durante su estancia hospitalaria, contó con la presencia de más de 28 mil asistentes en diversas presentaciones artísticas, talleres creativos y narraciones orales.

Promoción de la salud

Los programas de promoción de la salud que ofrece el IMSS son un pilar en la prevención, ya que otorgan a derechohabientes y población en general la posibilidad de mejorar sus estilos de vida. De enero de 2017 a marzo de 2018, se inscribieron más de 390 mil personas a los cursos y talleres de promoción de la salud. Como cada año, se elaboraron y actualizaron materiales didácticos que promueven el empoderamiento y autocuidado de la salud en lo físico, emocional y social, atendiendo a usuarios de todos los grupos etarios, con énfasis en

aquellos que se encuentran en condiciones de vulnerabilidad: niños, adolescentes, pueblos indígenas y población adulta mayor.

En el marco del Programa de Atención Social a la Salud (PASS) que proporciona una serie de intervenciones sociales a personas referidas por el área médica, principalmente aquellas diagnosticadas con diabetes, hipertensión, sobrepeso y obesidad, en el periodo que se informa se logró atender a más de 56 mil pacientes. Desde 2017, se ha incrementado la referencia de pacientes, fortaleciendo la vinculación con el área médica a través del nuevo Modelo Preventivo de Enfermedades Crónicas, el cual contempla el tratamiento educativo de pacientes con prediabetes, dirigido a retrasar o prevenir la aparición de diabetes mellitus tipo 2.

En 2017, el programa El IMSS Piensa y Crea Ambientes Saludables cumplió 3 años de haberse consolidado a nivel nacional, el cual tiene como objetivo desarrollar acciones interinstitucionales que reafirmen la importancia del ambiente como determinante de la salud, y que generen conciencia y una cultura del cuidado del medio ambiente, poniendo al Instituto como entidad pionera en este tema. A marzo de 2018, se habían capacitado 256 trabajadores de diferentes categorías en temas de ambiente y salud, de los cuales 120 se estaban especializando como promotores ambientales. Asimismo, se estrechó la vinculación con instituciones afines como la Secretaría de Medio Ambiente y Recursos Naturales (SEMARNAT), la Comisión Nacional del Agua (CONAGUA), la Secretaría de Salud (SSA) y otras áreas internas del Instituto, como servicios generales, programas gubernamentales y competitividad, para fortalecer la importancia del cuidado del medio ambiente.

Capacitación

En la búsqueda del fortalecimiento de la economía familiar mediante el desarrollo de habilidades y destrezas adquiridas, en 2017, se beneficiaron a más de 224 mil alumnos, a través de 80 cursos y talleres presenciales y 29 cursos en línea sobre Capacitación y Adiestramiento

Técnico, mismos que se imparten en las UOPSI o a través de Internet.

En colaboración con el Instituto Nacional para la Educación de los Adultos, bajo el formato de fomento educativo, se brindan cursos de alfabetización, primaria, secundaria y preparatoria abierta en los Centros de Seguridad Social (CSS), los cuales beneficiaron a casi 28 mil inscritos y a más de 111 mil personas que acudieron a jornadas nacionales para obtener su certificado.

Asimismo, a través del Convenio con las Secretarías de Salud y de Educación Pública para la adhesión del IMSS al programa “Sigamos aprendiendo... en el hospital”, se puso en operación una aula hospitalaria adicional a las 43 existentes, totalizando, al cierre de 2017, con 44 aulas, en donde se atendieron a más de 5 mil niños.

En cuanto a temas relacionados con discapacidad, por medio del Centro de Capacitación y Rehabilitación para el Trabajo (CECART), se rehabilitaron 356 personas con discapacidad y se les vinculó a la fuerza laboral.

VI.4.2. Centros Vacacionales

Durante 2017, el Instituto continuó apoyando la economía familiar, manteniendo los mismos precios ofrecidos en 2016 en las cuotas de los servicios otorgados en los 4 Centros Vacacionales (Oaxtepec, Atlixco-Metepec, La Trinidad y Malintzi), beneficiando a todos sus usuarios. Esta estrategia se llevó a cabo en el marco del Acuerdo para el Fortalecimiento Económico y la Protección de la Economía Familiar, anunciado por la Presidencia de la República en enero de ese año, y al que el IMSS se sumó mediante un Paquete de Prestaciones Sociales para el Blindaje de la Economía Familiar, que incluía también mantener los precios de 2016 en tiendas y velatorios.

De enero a agosto de 2017, la afluencia a los Centros Vacacionales aumentó en 7.7%, respecto al mismo periodo de 2016. No obstante, derivado de las afectaciones por el sismo del 19 de septiembre, hubo una reducción en la afluencia de los Centros Vacacionales de más de 100 mil usuarios, es decir, 50% menos que lo observado durante los meses de septiembre a diciembre

de 2016. Esta caída, atribuible al cierre temporal de los Centros Vacacionales de Atlixco-Metepec y Oaxtepec, tuvo como resultado que durante 2017 el nivel de usuarios fuera de más de 655 mil personas (gráfica VI.4), es decir, 10.5% menor que la del año previo.

Durante 2017 y el primer cuatrimestre de 2018, con la finalidad de difundir los servicios otorgados por los Centros Vacacionales e incrementar los ingresos, se llevaron a cabo diversas acciones, tales como:

- i) Aplicación de descuentos para adultos mayores (9,179), trabajadores IMSS (34,850) y derechohabientes IMSS (2,662); además, como parte de la estrategia nacional para impulsar el turismo social, mediante el programa “Viajemos Todos por México”, se otorgaron un total de 13,013 descuentos aplicados en los servicios de hospedaje, balneario y campamento de los Centros Vacacionales.
- ii) Como parte de la modernización de los Centros Vacacionales, en diciembre de 2016, inició operaciones el Centro Nacional de Reservas de los Centros Vacacionales y Unidad de Congresos, mediante el cual se agilizó el proceso de reservas y se optimizó la atención a los usuarios. Por primera vez, el Instituto contó con un centro único a nivel nacional garantizando la calidad, rapidez y calidez en el servicio para toda persona interesada

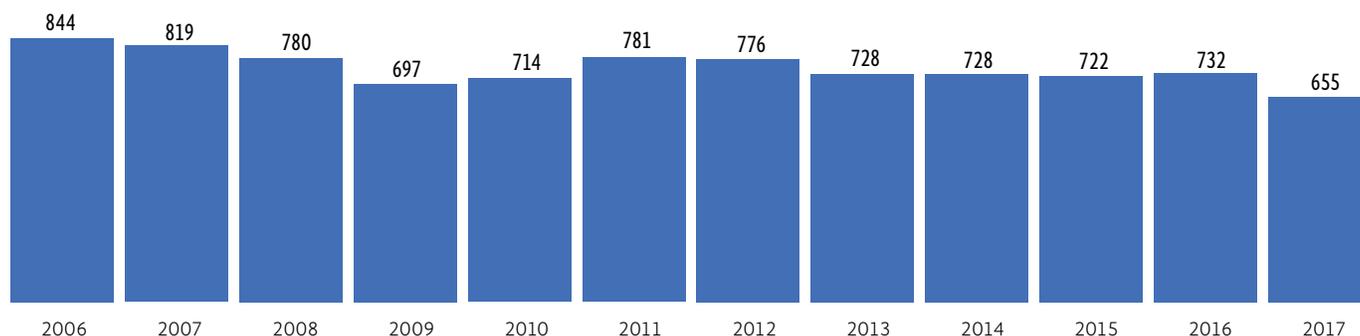
en realizar una reservación. En 2017, el número de reservaciones generado a través del *call center* ascendió a 2,219 reservaciones.

- iii) Como parte de la estrategia que implementa el Gobierno Federal, a través de la Secretaría de Turismo, para fomentar la industria turística del país, en abril de 2018 se realizó la 43ª edición del Tianguis Turístico. Por segunda ocasión, los Centros Vacacionales del IMSS participaron en este importante evento para promocionar los servicios e instalaciones que se ofrecen en las 4 unidades institucionales.
- iv) En mayo de 2017, se inauguró el Parque Acuático Six Flags Hurricane Harbor Oaxtepec, cuyo arrendamiento fue el resultado de un proceso de licitación iniciado en 2015. La renta de este espacio generará ingresos que se reinvertirán en la mejora de los Centros Vacacionales, en mantenimientos correctivos y preventivos a las instalaciones, contribuyendo a la política de bienestar social del Instituto. Tras el sismo del 19 de septiembre, este Parque Acuático suspendió temporalmente operaciones y reabrió sus puertas en diciembre de 2017, generando una afluencia de casi 39 mil personas. En 2017, se recibieron más de 280 mil visitas.

GRÁFICA VI.4.

Población usuaria anual de los Centros Vacacionales, 2006-2017

(miles de usuarios)



Fuente: Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales, IMSS..

En conjunto, los 4 centros vacacionales observan una situación financiera permanentemente deficitaria, esto se atribuye principalmente a que los ingresos captados por las cuotas de recuperación por los servicios que ahí se otorgan no son suficientes para hacer frente al gasto operativo que se genera. Del cuadro VI.5 se desprende que, en promedio, los ingresos totales cubren apenas 60% del gasto del personal que labora en ellos. Sin contar 2017, que fue un año atípico por los siniestros registrados, se requeriría incrementar los ingresos en 160% o contener los gastos en 61% para que estas unidades de negocio fueran financieramente viables.

La afectación que se derivó del sismo registrado el 19 de septiembre tuvo como consecuencia una caída en los ingresos, ya que algunos centros vacacionales

permanecieron cerrados; y, un incremento en los gastos, debido a todas las obras de remodelación que se tuvieron que realizar para resarcir los daños causados por los siniestros. Esta situación explica el incremento de 43% en el déficit registrado en 2017, respecto al del ejercicio anterior.

En 2017, se destinaron más de 68 millones de pesos para la adquisición de equipamiento y realización de obras de remodelación en los Centros Vacacionales. En este año, se realizaron diversas acciones de mantenimiento y conservación de los inmuebles, entre los que destaca la remodelación del estadio olímpico del Centro Vacacional Oaxtepec, el cual se equipó con butacas, se renovó el sistema de filtración de agua de la cancha de fútbol y se rehabilitó la pista atlética. Asimismo, se llevó a cabo la remodelación de la plaza cívica,

CUADRO VI.5.

Situación financiera consolidada de los 4 Centros Vacacionales, 2012-2017

(millones de pesos de 2018)

Concepto	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Ingresos						
Ingresos (1)	170.3	176.9	167.5	172.5	179.3	141.3
Descuentos ^{1/} (2)	-22.4	-22.8	-29.7	-35.8	-37.5	-23.4
Total del Ingresos (3)=(1)+(2)	147.9	154.1	137.8	136.7	141.9	117.9
Gastos						
Servicios de personal	220.5	227.1	225.8	241.4	239.6	238.2
Bienes de consumo	11.3	9.6	9.2	45.7	45.8	49.4
Mantenimiento ^{2/}	54.2	67.8	78.9	43.4	49	97.9
Servicios generales y subrogación de servicios	50.3	47.1	54.7	32.7	26.5	47.6
Régimen de Jubilaciones y Pensiones	-3	-2.9	-2.6	-2.5	-2.6	-2.4
Total de gasto corriente (4)	333.3	348.7	366	360.6	358.3	430.7
Otros gastos ^{3/} (5)	27.5	31	23.2	7.5	7.3	6.6
Total de gastos (6)=(4)+(5)	360.8	379.8	389.1	368.1	365.6	437.3
Resultado de ejercicios anteriores (7)	-70.7	0.7	2.6	-11.5	0.1	0
Resultado financiero (8)=(3)-(6)-(7)	-142.1	-226.4	-253.9	-219.8	-223.9	-319.4

^{1/} A partir de 2007 se contabiliza el impacto de los descuentos otorgados en los Centros Vacacionales. Estos descuentos comenzaron a regularse el 30 de abril de 2008 con la aprobación por parte del H. Consejo Técnico del IMSS de los "Lineamientos para el otorgamiento de descuentos".

^{2/} En 2012 no incluye 47.7 millones de pesos por concepto de conservación y mantenimiento del Parque Acuático Oaxtepec.

^{3/} Este concepto considera la provisión de obligaciones contractuales y las depreciaciones.

Nota: No incluye el concepto ingresos por la concesión otorgada a la empresa Promotora de Centros de Esparcimiento para operar el Parque Acuático Oaxtepec, por tratarse de una cuenta por cobrar por los conceptos de: concesión, aforos, patrocinios, ventas brutas, recargos y actualizaciones del Parque Acuático Oaxtepec, cuyo cobro se encuentra sujeto a la realización de acciones judiciales y extrajudiciales por parte de la Coordinación de Asuntos Contenciosos de la Dirección Jurídica.

Fuente: Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales, IMSS.

mediante la instalación de concreto hidráulico, un toldo y una fuente seca con iluminación. Además, se instaló el servicio de *WiFi* en todas las áreas comunes y habitaciones del Centro y se llevó a cabo la adquisición de equipamiento como: colchones, refrigeradores y aires acondicionados.

En La Trinidad se hicieron remodelaciones al auditorio y se realizaron adecuaciones para contar con área de gimnasio; también, en la terraza para instalar una ludoteca equipada, así como en el área de la alberca techada. Finalmente, en el Centro Vacacional Atlixco-Metepec se llevó a cabo la remodelación del Hotel Juvenil, del auditorio y de luminarias interiores y exteriores.

Con estas adecuaciones se mejoró la imagen y calidad de las instalaciones, con el objetivo de modernizar los servicios que se ofrecen al público en general, a efecto de generar mayor afluencia y con ello mayores ingresos al Instituto. Asimismo, se destinaron recursos adicionales a fin de realizar acciones de remodelación para atender los daños en las instalaciones afectadas por el sismo de septiembre de los Centros Vacacionales Oaxtepec y Atlixco-Metepec.

De esta forma, el estado de resultados de 2017 refleja la reducción en los ingresos de los servicios otorgados en los Centros Vacacionales, por el cierre temporal de 2 de estos; el aumento en los gastos de personal y de operación atribuibles a las acciones de mejora en las instalaciones, así como de la reparación de áreas afectadas en los Centros Vacacionales por el sismo del 19 de septiembre.

En el cuadro VI.6 se muestra la situación financiera que registró cada uno de los centros vacacionales en 2017. El centro vacacional Oaxtepec concentra alrededor de dos terceras partes de los ingresos y de los gastos, respecto al total; por tanto, explica también en esa magnitud su participación en el déficit total de los cuatro centros vacacionales.

Los ingresos que registraron en 2017 los centros vacacionales cubren apenas la cuarta parte de sus

gastos operativos, en el caso de Oaxtepec; la tercera parte en el caso de Metepec y la Trinidad; y, casi la mitad en el caso de Malintzi. No obstante, como se ha venido mencionando a lo largo del capítulo, estos resultados muestran un impacto importante que se atribuye al siniestro registrado el pasado 19 de septiembre de 2017.

Como se ha comentado, se han realizado diversas acciones de remodelación y mejoramiento de las instalaciones de los centros vacacionales, con el objetivo de implementar estrategias de comercialización para incrementar el aforo a estos centros. No obstante, los resultados de estas acciones se verán reflejados en el mediano plazo.

Perspectiva financiera de los Centros Vacacionales, 2018-2023

En el cuadro VI.7 se muestra el resultado actual de los cuatro Centros Vacacionales y su proyección financiera para el cierre del presente ejercicio y los próximos 5 años. Las estimaciones indican que, de continuar con la tendencia observada en los últimos 6 años, la perspectiva financiera deficitaria persistirá en el futuro. Es necesario analizar la viabilidad financiera de estas unidades de negocio para que en el mediano plazo sean autofinanciables.

En suma, las acciones para reducir el déficit de operación de los Centros Vacacionales del IMSS se han centrado tanto en incrementar los ingresos, como en reducir los gastos. En particular, se han implementado diversos esquemas de descuentos para la promoción de las unidades institucionales en temporadas de baja afluencia. De igual forma, se han logrado consolidar contratos de arrendamiento por espacios institucionales que, además de generar ingresos económicos, consideran beneficios sociales y externalidades que inciden de manera positiva en la afluencia a los complejos institucionales.

Adicionalmente, las adecuaciones recientemente realizadas en los Centros Vacacionales del IMSS contribuyen, por un lado, a mejorar la imagen y calidad del

CUADRO VI.6. Resultado financiero de cada Centro Vacacional en 2017

(millones de pesos de 2018)

Concepto	Oaxtepec	Metepc	Trinidad	Malintzi	Total
Ingresos					
Ingresos (1)	83.6	26.8	23.8	7.1	141.3
Descuentos (2)	-13.9	-5.7	-3.5	-0.2	-23.4
Total de Ingresos (3)=(1)+(2)	69.7	21.1	20.3	6.9	117.9
Gastos					
Servicios de personal	165.1	31.8	33.3	8	238.2
Bienes de consumo	30	4.9	12.9	1.7	49.4
Mantenimiento	65.7	17.6	10.8	3.8	97.9
Servicios generales y subrogación de servicios	21.5	16	8	2.1	47.6
Régimen de Jubilaciones y Pensiones	-1.9	-0.3	-0.3	-	-2.4
Total de gasto corriente (4)	280.4	69.9	64.7	15.6	430.7
Otros gastos ^{1/} (5)	5	1.2	0.2	0.1	6.5
Total de gastos (6)=(4)+(5)	285.4	71.2	64.9	15.7	437.1
Resultado de ejercicios anteriores (7)	-	-	-	-	-
Resultado financiero (8)=(3)-(6)-(7)	-215.7	-50.1	-44.7	-8.8	-319.4

^{1/} Este concepto considera la provisión de obligaciones contractuales y las depreciaciones.

Fuente: Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales, IMSS.

CUADRO VI.7. Resumen del resultado financiero de los Centros Vacacionales 2017 y proyección 2018-2023

(millones de pesos de 2018)

Concepto	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Ingresos							
Ingresos (1)	141.3	174.7	176.3	177.9	179.6	181.2	182.9
Descuentos (2)	-23.4	-29.7	-30	-30.2	-30.5	-30.8	-31.1
Total de Ingresos (3)=(1)+(2)	117.9	145	146.3	147.7	149	150.4	151.8
Gastos^{1/}							
Servicios de personal	238.2	248.4	259.1	264.4	269.9	275.6	281.4
Consumos de medicamentos, material de curación y otros	49.4	51.9	54.4	55	55.7	56.4	57.2
Mantenimiento	97.9	57.1	57.1	60.3	63.8	67.4	71.3
Servicios generales y subrogación de servicios	47.6	54.9	63.3	67.3	69.7	71.6	73.6
Régimen de Jubilaciones y Pensiones	-2.4						
Total de gasto corriente (4)	430.7	412.3	433.9	446.9	459.1	471	483.5
Otros gastos ^{2/} (5)	6.6	7.1	7.5	8	8.5	9	9.6
Total de gastos (6)=(4)+(5)	437.3	419.3	441.4	454.9	467.6	480	493.1
Resultado financiero (7)=(3)-(6)	-319.4	-274.3	-295	-307.2	-318.5	-329.6	-341.3

^{1/} En 2017 el total de gasto corriente incluye -2.7 millones de pesos por concepto de Régimen de Jubilaciones y Pensiones.^{2/} Este concepto considera la provisión de obligaciones contractuales y las depreciaciones.

servicio, y por otro lado, a disminuir los costos por mantenimiento de áreas y equipo obsoleto.

No obstante, para que el déficit de operación de estos Centros se vea reducido, es necesario generar continuamente acciones que contribuyan a su comercialización, a través de descuentos y canales masivos de difusión, y, en paralelo, dar seguimiento a la implementación de energías sustentables y esquemas consolidados de compra que permitan, en el mediano plazo, generar ahorros en los gastos operativos. Asimismo, es necesario contar con plantillas de personal que optimicen la operación diaria de las unidades institucionales, generando con ello menores costos en el rubro de servicios de personal y mejores resultados en atención a los usuarios.

VI.4.3. Sistema Nacional de Tiendas IMSS-SNTSS

El Sistema Nacional de Tiendas IMSS-SNTSS cuenta con 62 tiendas de autoservicio en operación a lo largo de la República Mexicana, las cuales continúan siendo una de las mejores opciones de compra por su relación costo-beneficio, surtido, calidad y calidez.

La utilidad bruta en 2017 fue de 122 millones de pesos, mientras que en el año anterior fue de 147 millones de pesos, lo que significó un decremento de 17%, en términos nominales, con respecto a 2016. Esto se explica en razón de que, en enero de 2017, la Presidencia de la República anunció el Acuerdo para el Fortalecimiento Económico y la Protección de la Economía Familiar, al cual el IMSS se sumó mediante la implementación de un Paquete de Prestaciones Sociales para el Blindaje de la Economía Familiar. En este participó el Sistema Nacional de Tiendas manteniendo los precios de 2016 en la totalidad de productos a la venta. Para hacer sostenible la estrategia, los márgenes de utilidad se fueron disminuyendo gradualmente, en la medida en la que los proveedores incrementaron el costo de su mercancía por los efectos de la inflación.

Al cierre de 2017, los ingresos totales del Sistema Nacional de Tiendas ascendieron a 1,096 millones de

pesos. Bajo este contexto, en el periodo que se reporta, la categoría de abarrotes constituyó 84% de las ventas a nivel nacional, manteniéndose como el mayor generador de ingresos, mientras que la categoría de enseres menores y mayores aportó 12% del total de las ventas, aumentando su participación en 2% en términos nominales, respecto al año anterior. De manera general, las demás categorías mantuvieron la misma participación que en 2016. Los costos totales del Sistema Nacional de Tiendas fueron por 974 millones de pesos, mientras que en 2016 ascendieron a 943 millones de pesos, lo que representó un aumento de 3%, debido, principalmente, al incremento del costo de venta.

En el periodo que se reporta, los gastos de operación del Sistema Nacional de Tiendas ascendieron a 365 millones de pesos, cifra que resultó en una disminución de 1% en términos nominales con respecto al periodo 2016. El principal concepto de gasto continuó siendo servicios de personal, que fue de 83% del total de los gastos de operación. Durante 2017, como lo muestra el cuadro VI.8, el resultado neto registró un déficit de 9%, en términos nominales, en comparación con 2016.

Con el propósito de mejorar el desempeño del Sistema Nacional de Tiendas, se han implementado diversas acciones y estrategias que generan un costo mínimo al Instituto y aumentan los ingresos y la competitividad de dicho Sistema; además de acciones encaminadas a la contención del gasto, considerando las limitantes presupuestales. Entre estas destacan las siguientes: i) reducción del catálogo de proveedores y artículos; ii) fortalecimiento de los productos de la canasta básica; iii) fortalecimiento al abasto; iv) expo-ventas, actualización y establecimiento de precios; v) fortalecimiento de la infraestructura, imagen estandarizada en tiendas, difusión y promoción, y vi) análisis del mercado e incremento del *ticket* promedio. Asimismo, se han llevado a cabo acciones encaminadas a la contención del gasto, tales como: i) registro de baja de productos por “mermas” de enseres mayores y menores; ii) proceso de de-

CUADRO VI.8.

Estado de Resultados del Sistema Nacional de Tiendas IMSS-SNTSS

(millones de pesos)

Concepto	2016	2017	Variación porcentual
Ingresos totales	1,090.6	1,095.7	0.5
Ventas	1,090.0	1,095.1	0.5
Otros ingresos	0.6	0.6	0.0
Costos totales	943.3	974.0	3.3
Costo de venta	936.4	962.8	2.8
Faltante de inventario	6.7	11.2	67.2
Otros costos	0.2	0.0	-100.0
Utilidad bruta	147.3	121.7	-17.4
Gastos de operación	369.3	365.3	-1.1
Servicios de personal	306.2	301.9	-1.4
Consumos	3.1	3.2	3.2
Servicios generales	32.1	32.0	-0.3
Conservación	10.2	11.8	15.7
Comisión por cupones ^{1/}	0.0	0.0	0.0
Arrendamiento	16.1	15.8	-1.9
Servicios bancarios	0.4	0.3	-25.0
Depreciación	1.2	0.3	-75.0
Resultado de operación	-222.0	-243.6	9.7
Ajustes por siniestros	1.1	0.2	-81.8
Rectificación de ejercicios anteriores	0.1	0.0	-100.0
Provisión del Régimen de Jubilaciones y Pensiones	0.0	0.0	0.0
Resultado Total	-223.2	-243.8	9.2

^{1/} Cobro de la comisión que paga el Sistema Nacional de Tiendas por recibir como pago en las Tiendas IMSS-SNTSS, vales de despensa.

Fuente: Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales, IMSS.

volución de mercancía; iii) optimización de plantillas, y iv) reducción de gastos por arrendamiento.

VI.5. Otras acciones por emprender

Guarderías

Para 2018, el IMSS continuará realizando acciones a fin de asegurar el otorgamiento del servicio y el desempeño óptimo de todas las guarderías en las que presta el servicio, con la finalidad de que éste sea de la más alta calidad y calidez.

Dentro de los compromisos más importantes que el Instituto tiene con sus derechohabientes está

el seguir trabajando con la expansión de lugares de guarderías, a fin de lograr una mayor cobertura de demanda, lo que se traducirá en un beneficio directo para más madres trabajadoras y sus hijos. En este sentido, se dará continuidad a la contratación de 7,227 nuevos lugares a través de los procedimientos en curso de nuevas guarderías.

Bienestar Social

Derivado del éxito de la Gira IMSS Cultural Teatros realizada en 2017, con el objetivo de reactivar los Teatros, a través de obras de calidad, en 2018 el IMSS llevará a cabo una segunda edición de esta gira, en la que se

pretende incrementar la asistencia a más del doble de las funciones presentadas en 2017, en teatros del IMSS. Asimismo, en el ámbito del desarrollo cultural, se trabajará en el programa de exposiciones dentro de la Sala de Exposiciones del Centro Médico Nacional “Siglo XXI”, así como en el vestíbulo de las oficinas centrales en Reforma, para acercar la cultura a los ciudadanos como medio de sano esparcimiento. Además, se buscará dar apoyo a los grupos representativos de artes en las delegaciones para fomentar sus actividades y representaciones que ponen en alto al Instituto.

En materia deportiva, el IMSS fomentará el deporte social a través de activaciones físicas masivas como la Carrera de la Familia y la Carrera Navideña, que tienen la finalidad de promover un estilo de vida saludable. Las Olimpiadas IMSS se retomarán con mayor fuerza, dado que no se pudieron llevar a cabo debido a los sismos ocurridos en el mes de septiembre de 2017, lo que imposibilitó al Centro Vacacional Oaxtepec ser sede de este gran evento, en donde, para 2018, se espera la participación de más de 3 mil alumnos de las 35 delegaciones del IMSS.

Se buscará fortalecer las acciones necesarias para salvaguardar la integridad de los usuarios de las actividades acuáticas que se imparten en las UOPSI y se trabajará en desarrollar acciones de capacitación que permitan la actualización y profesionalización de los docentes. Se actualizará la normatividad en la materia deportiva, con lo que se buscará una mayor eficiencia en los servicios que presta el Instituto.

De igual forma, durante 2018, se continuará con la implementación de los programas de promoción de la salud, los cuales tienen el objetivo de que los derechohabientes y la población en general adquieran mejores hábitos para una vida activa y saludable, dando prioridad en todo momento a los niños, jóvenes y adultos mayores, así como a la población más desprotegida.

Centros Vacacionales

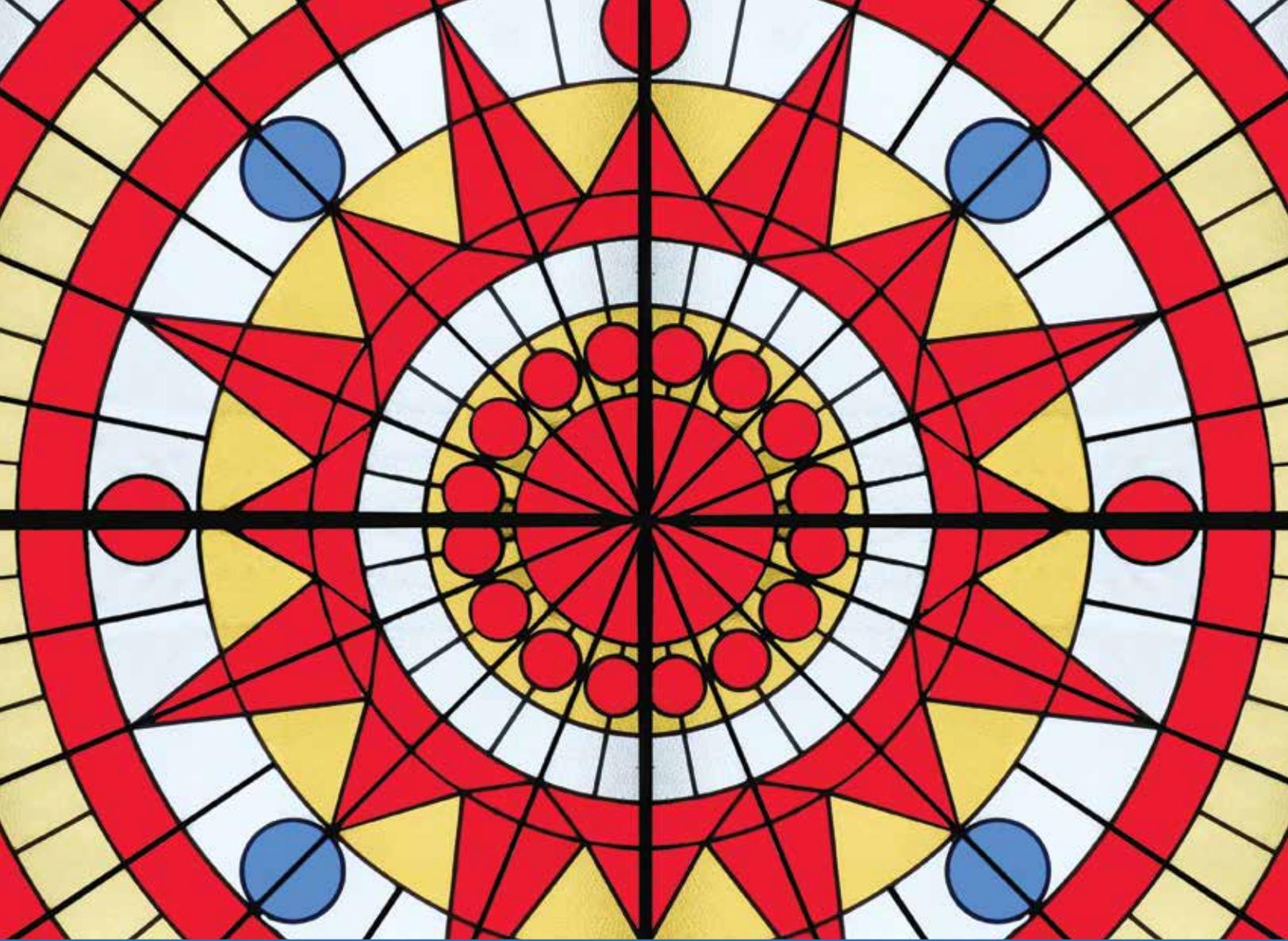
Durante 2018, el Instituto continuará fomentando la afluencia turística de sus 4 Centros Vacacionales como una de las acciones principales para reducir el déficit de operación.

En particular, como parte del Programa “Viajemos Todos por México”, se seguirán implementado diversos esquemas de descuentos tanto a derechohabientes como al público en general, para la promoción de las unidades institucionales en temporadas de baja afluencia, en las áreas de hospedaje, balneario y campamento, así como descuentos especiales para fines de semana. Igualmente, se mantendrán las acciones de arrendamiento por espacios institucionales que, además de generar ingresos económicos, considerarán beneficios sociales como la sana recreación y el sano esparcimiento, y se seguirá trabajando con la optimización de la plantilla de personal.

Tiendas IMSS-SNTSS

Con la finalidad de fortalecer el abasto en las tiendas IMSS-SNTSS y que se brinde a los usuarios artículos de primera necesidad, en 2018 se realizarán acciones encaminadas a garantizar el abasto de los productos que conforman la canasta básica.

En ese mismo sentido, se continuará con la implementación de acciones dirigidas a la contención del gasto, específicamente se impulsará la reubicación de las tiendas a inmuebles propios o bien a espacios más pequeños y se seguirá acompañando la estrategia de optimización de plantillas de personal, a efecto de mejorar el desempeño financiero de las tiendas IMSS-SNTSS.



Seguro de Salud para la Familia

Capítulo VII

El Seguro de Salud para la Familia (SSFAM) constituye una alternativa de aseguramiento voluntario financieramente accesible para el otorgamiento de los servicios de salud a la población que no cuenta con algún esquema de protección social, como son los trabajadores no asalariados y sus familiares beneficiarios. A este respecto, el Artículo 240 de la Ley del Seguro Social señala lo siguiente:

“... todas las familias de México tienen derecho a un seguro de salud para sus miembros y, para ese efecto, podrán celebrar con el Instituto Mexicano del Seguro Social un convenio para el otorgamiento de las prestaciones en especie del Seguro de Enfermedades y Maternidad, en los términos y condiciones que se establecen en su reglamento”.

El financiamiento de este seguro parte de una estructura de corresponsabilidad entre los asegurados y el Gobierno Federal. El Artículo 242 de la Ley del Seguro Social establece el pago de una cuota fija por asegurado afiliado, de acuerdo con su edad, y una aportación anual por familia que realiza el Gobierno Federal.

Desde la creación de este seguro, con la reforma a la Ley del Seguro Social en 1997, hasta la fecha, la población afiliada ha observado diferentes cambios en su perfil demográfico y epidemiológico. Esto ha contribuido a un deterioro progresivo en la situación financiera de este seguro y ha incrementado su déficit. Además, las cuotas que se establecieron desde entonces sólo se actualizaban anualmente con la variación del Índice Nacional de Precios al Consumidor.

Para sanear esta situación, en diciembre de 2013 el H. Congreso de la Unión aprobó una reforma al Artículo 242 de la Ley del Seguro Social, en la que se otorgó la facultad al H. Consejo Técnico del IMSS para determinar anualmente el importe de las cuotas a aplicar, conforme a los resultados de los estudios actuariales correspondientes.

VII.1. Estado de actividades

Con base en el Artículo 277 E de la Ley del Seguro Social, el cuadro VII.1 presenta el estado de actividades del Seguro de Salud para la Familia para el ejercicio 2017, considerando 2 escenarios: i) con registro parcial del costo neto del periodo que corresponde al registro de los pagos realizados por concepto del Régimen de Jubilaciones y Pensiones, y Prima de Antigüedad, y ii) con registro total. El resultado del ejercicio de este seguro fue equivalente a un déficit de 7,455 millones de pesos con el registro parcial del costo neto del periodo de las obligaciones laborales del Instituto, y de 62,426 millones de pesos con el efecto del reconocimiento total de estas obligaciones.

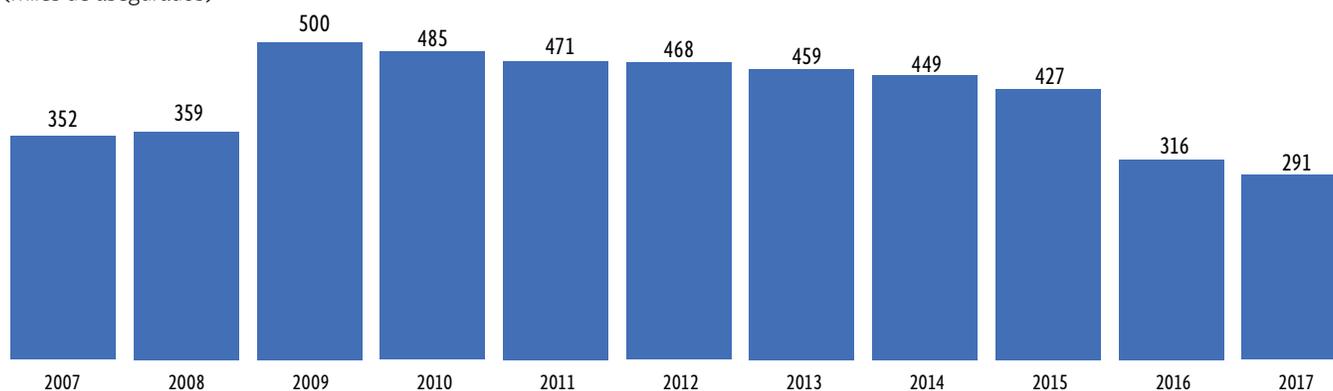
VII.2. Población asegurada

En la gráfica VII.1 se presenta el número de afiliados a este seguro desde 2007. En 2009 se observó un incremento de 130 mil personas por la incorporación de beneficiarios de la extinta Compañía de Luz y Fuerza

GRÁFICA VII.1.

Afiliados al Seguro de Salud para la Familia, a diciembre de cada año, 2007-2017

(miles de asegurados)



Fuente: Dirección de Incorporación y Recaudación, IMSS.

CUADRO VII.1.

Estado de actividades del Seguro de Salud para la Familia, al 31 de diciembre de 2017

(millones de pesos corrientes^{1/})

Concepto	Con registro parcial	Con registro total
	Costo neto del periodo	Costo neto del periodo
Ingresos y otros beneficios		
Ingresos de la gestión		
Cuotas y aportaciones de seguridad social	2,769	2,769
Ingresos por venta de bienes y servicios		
Ingresos por venta de bienes y servicios de organismos descentralizados	34	34
Otros ingresos y beneficios		
Ingresos financieros		
Intereses ganados de valores, créditos, bonos	30	30
Otros ingresos y beneficios varios^{2/}	161	122
Total de ingresos	2,993	2,954
Gastos y otras pérdidas		
Gastos de funcionamiento		
Servicios de personal ^{2/}	5,445	5,239
Materiales y suministros	1,796	1,796
Servicios generales y subrogación de servicios	837	837
Otros gastos y pérdidas		
Subsidios	-	-
Ayudas sociales, donativos y cuotas a organismos internacionales	13	13
Estimaciones, depreciaciones y deterioro	34	34
Otros gastos	41	41
Pagos a pensionados y jubilados IMSS ^{2/}	2,281	2,449
Costo por beneficios a empleados (RJP) ^{3/}	-	54,971
Total de gastos	10,448	65,380
Resultado del ejercicio	-7,455	-62,426

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

^{2/} En el rubro de Otros ingresos y beneficios varios con registro total no se consideran 39 millones, por la recuperación de la nómina de jubilados del Programa IMSS-PROSPERA, ya que se incluye en el rubro de Pagos a pensionados y jubilados IMSS; asimismo, en el rubro Servicios de personal con registro pleno no se consideran 206 millones de pesos correspondientes a los pagos por prima de antigüedad y las aportaciones del Instituto al Régimen de Jubilaciones y Pensiones, de acuerdo con las cláusulas contractuales, ya que están incluidas en el rubro de Pagos a pensionados y jubilados IMSS.

^{3/} El Costo neto del periodo determinado por el despacho externo Lockton México Agente de Seguros y de Fianzas, S. A. de C. V. se integra por los rubros Pagos a pensionados y jubilados IMSS y Costo por beneficios a empleados del Régimen de Jubilaciones y Pensiones, la determinación del costo neto de 2017 para el Régimen de Jubilaciones y Pensiones y para Prima de Antigüedad e Indemnizaciones en favor de los Trabajadores del Instituto Mexicano del Seguro Social se realizó considerando la NIF D-3 "Beneficios a los Empleados" y las Mejoras 2017, con lo que se elimina el factor de reconocimiento gradual de las partidas pendientes de amortizar en el cargo a resultados y se incorpora el reconocimiento inmediato del saldo pendiente de amortizar, por lo que para este seguro se realizó una asignación de 57,420 millones de pesos.

Fuente: Dirección de Finanzas, IMSS, a partir de los Estados Financieros dictaminados al 31 de diciembre de 2017 y 2016, y de la Valuación Actuarial del Régimen de Jubilaciones y Pensiones, y Prima de Antigüedad de los Trabajadores del Instituto Mexicano del Seguro Social bajo la Norma de Información Financiera D-3 "Beneficios a los Empleados", al 31 de diciembre de 2017 y Proyecciones para 2018.

del Centro¹¹⁵. La reducción de asegurados entre 2015 y 2016 se derivó de la contratación del esquema de incorporación voluntaria al Régimen Obligatorio del Seguro Social, por parte de los ex trabajadores de Luz y Fuerza del Centro, autorizado por el H. Consejo Técnico en noviembre de 2016. A diciembre de 2017, el número de afiliados al Seguro de Salud para la Familia fue de 291,250 asegurados. Esta cifra representa una disminución de 7.7% respecto a la registrada en 2016, que era de 315,592 asegurados.

En la gráfica VII.2 se observa que la población afiliada al Seguro de Salud para la Familia que tiene entre 40 y 80 años de edad concentra dos terceras partes del total; mientras que la que está afiliada al Seguro de Enfermedades y Maternidad en ese rango de edad representa sólo una tercera parte del total. Esto implica que la población asegurada en el Seguro de Salud para la Familia tiene una mayor edad y por tanto, es más propensa a presentar enfermedades crónico-degenerativas que re-

quieran un uso más intensivo de servicios médicos por un periodo prolongado.

La afiliación voluntaria de personas con edades mayores al Seguro de Salud para la Familia podría significar que este aseguramiento esté motivado por una necesidad específica de atención médica. No obstante, la normatividad en materia de afiliación institucional establece algunas estrategias para evitar esta situación como la exclusión de algunos padecimientos, o bien, la definición de periodos de espera para su atención.

VII.3. Cuotas de financiamiento

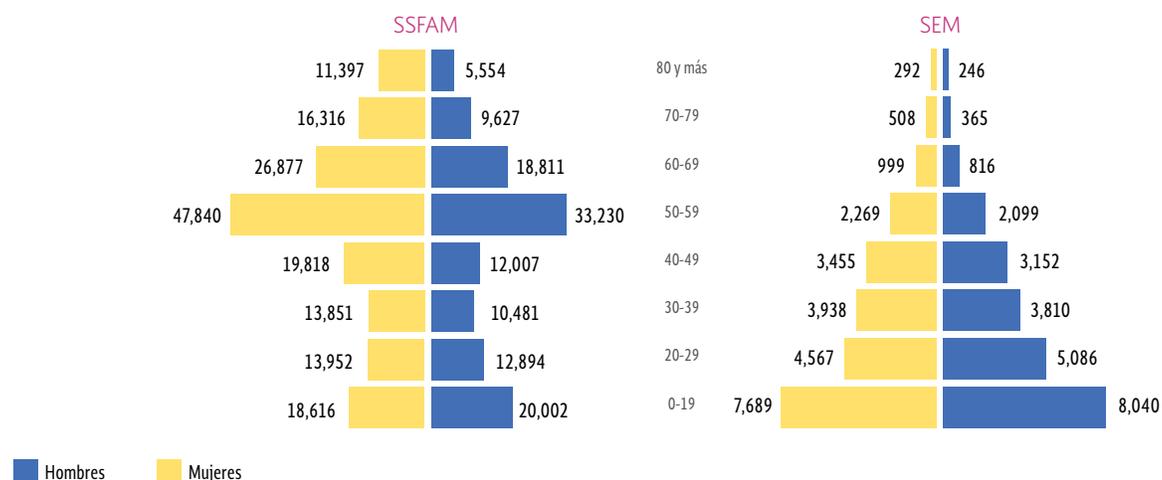
La reforma de diciembre de 2013 que modificó el esquema de financiamiento de este seguro busca cumplir los siguientes objetivos:

- Dar certidumbre al Instituto de que contará con los recursos suficientes para financiar los servicios que en él se otorgan.

¹¹⁵ Fuente: Dirección de Incorporación y Recaudación, IMSS.

GRÁFICA VII.2.
Pirámides de población afiliada^{1/} al Seguro de Salud para la Familia y al Seguro de Enfermedades y Maternidad, en 2017

(miles de asegurados)



^{1/} La población afiliada al Seguro de Enfermedades y Maternidad (SEM) y al Seguro de Salud para la Familia (SSFAM) corresponde a la población derechohabiente adscrita a unidad descontando a la población de pensionados y aquellos en conservación de derechos.

Seguro de Enfermedades y Maternidad, refiere a asegurados de las modalidades 10, 13, 14, 17, 30, 32, 34, 35, 36, 38, 42, 43 y 44, y a sus familiares. No incluye 39,188 derechohabientes, de los cuales no se dispone de edad. Ver cuadro A.1 "Modalidades de aseguramiento por tipo de régimen y esquema de prestaciones" en Anexo A, para la descripción de las modalidades de aseguramiento al IMSS. Seguro de Salud para la Familia, refiere a asegurados en la modalidad 33. Ver cuadro A.1 "Modalidades de aseguramiento por tipo de régimen y esquema de prestaciones" en Anexo A, para la descripción de las modalidades de aseguramiento al IMSS.

Fuente: Dirección de Incorporación y Recaudación, IMSS.

- Tener la posibilidad de ampliar la cobertura, al facilitar la incorporación de grupos, individuos o familias que no tienen una relación obrero-patronal.

Dicha modificación permitió al Instituto:

- Diversificar el financiamiento del seguro a un mayor número de grupos de edad de la población asegurada, conservando el principio de solidaridad social, en el que los grupos de edad más jóvenes contribuyen a financiar a los grupos de edades más avanzadas.
- Determinar anualmente las cuotas que pagan en este seguro los asegurados, considerando su perfil demográfico y epidemiológico.

Se prevé que con esta reforma se disminuya paulatinamente el déficit que históricamente venía observando este seguro hasta alcanzar el equilibrio financiero en los próximos años.

El incremento sostenido del ingreso anual por cuotas de cada asegurado es una muestra del avance que se ha observado en el saneamiento de la situación finan-

ciera del Seguro de Salud para la Familia. Desde el segundo año de la presente Administración y hasta 2017 este ingreso creció en 17% real anual, mientras que antes de 2014 casi no tenía movimientos (gráfica VII.3).

Los ingresos por cuotas anuales y de aportaciones del Gobierno Federal de este seguro pasaron de 2,586 millones en 2016 a 2,876 millones de pesos en 2017, es decir, registraron un incremento de 11% real anual.

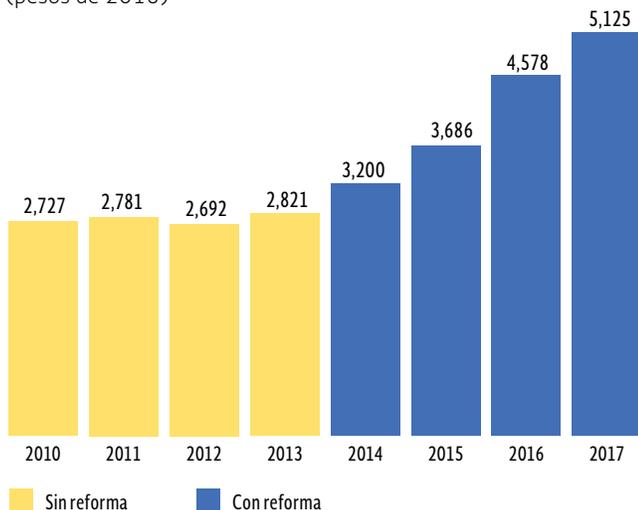
La reforma al Artículo 242 ha significado un incremento acumulado de 1,765 millones de pesos de 2014 a 2017, en comparación con lo que se hubiera recaudado por concepto de cuotas por asegurados si no se hubiera dado esta modificación a la Ley. En este último caso, los ingresos por las cuotas del seguro habrían tenido un decremento de 13% real anual, como se desprende de la gráfica VII.4.

Cada año, con la actualización anual de las cuotas de afiliación, la brecha entre los ingresos y los gastos del Seguro de Salud para la Familia ha ido reduciéndose. La diferencia entre el importe de la cuota aportada por cada afiliado y el costo erogado para su atención médica se redujo en 27% (gráfica VII.5).

GRÁFICA VII.3.

Ingreso por cuotas anuales, por asegurado, del Seguro de Salud para la Familia, 2010-2017

(pesos de 2018)

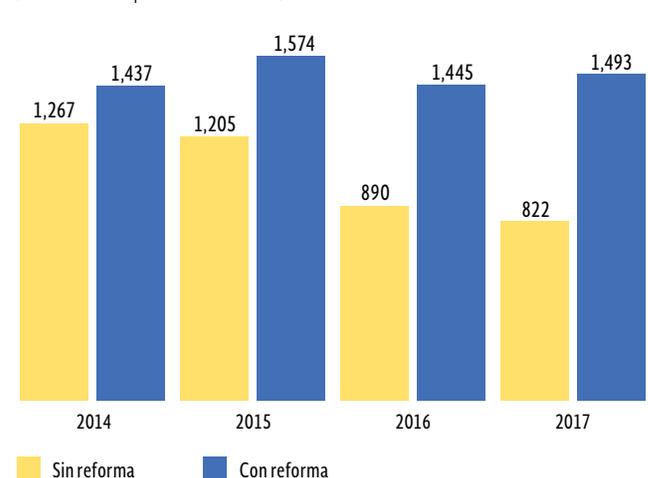


Fuente: Dirección de Finanzas, IMSS.

GRÁFICA VII.4.

Ingresos por cuotas del Seguro de Salud para la Familia, con y sin reforma al Artículo 242 de la Ley del Seguro Social, 2014-2017

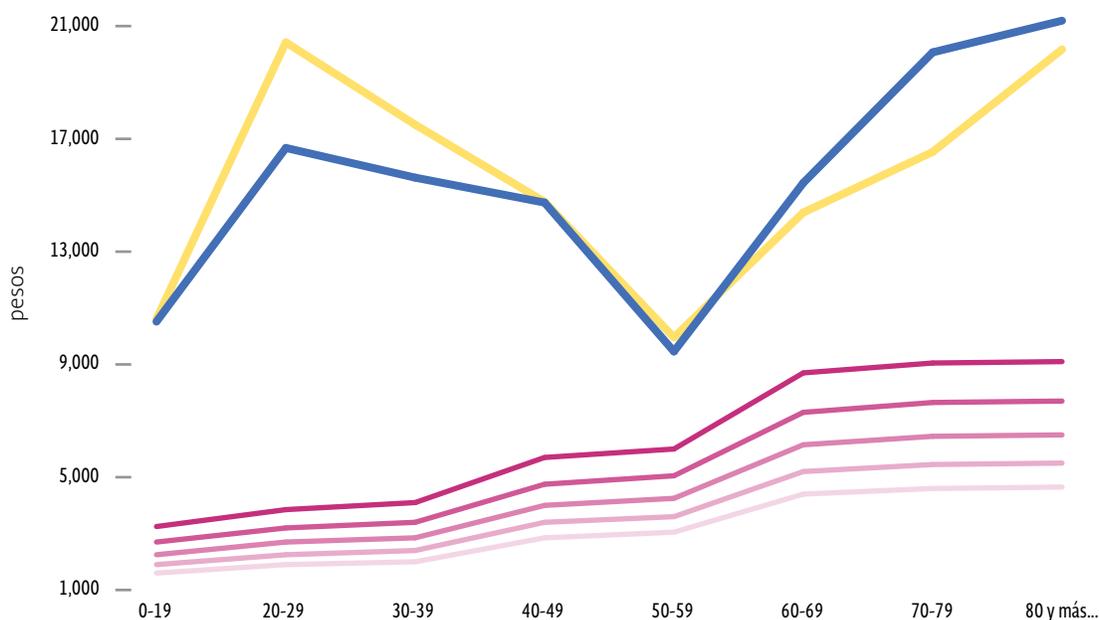
(millones de pesos de 2018)



Fuente: Dirección de Finanzas, IMSS.

GRÁFICA VII.5.

Cuotas del Seguro de Salud para la Familia, de 2014 a 2018, y gasto por asegurado de acuerdo con el sexo, 2018



	0-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80 y más...
Gasto por asegurado SSFAM Mujeres (pesos 2018)	10,611	20,424	17,503	14,768	9,958	14,388	16,536	20,172
Gasto por asegurado SSFAM Hombres (pesos 2018)	10,518	16,678	15,625	14,740	9,459	15,439	20,069	21,191
Cuotas SSFAM 2018 (pesos 2018)	3,250	3,850	4,100	5,700	6,000	8,700	9,050	9,100
Cuotas SSFAM 2018 (pesos 2017)	2,700	3,200	3,400	4,750	5,050	7,300	7,650	7,700
Cuotas SSFAM 2018 (pesos 2016)	2,250	2,700	2,850	4,000	4,250	6,150	6,450	6,500
Cuotas SSFAM 2018 (pesos 2015)	1,900	2,250	2,400	3,400	3,600	5,200	5,450	5,500
Cuotas SSFAM 2018 (pesos 2014)	1,600	1,900	2,000	2,850	3,050	4,400	4,600	4,650

SSFAM: Seguro de Salud para la Familia.

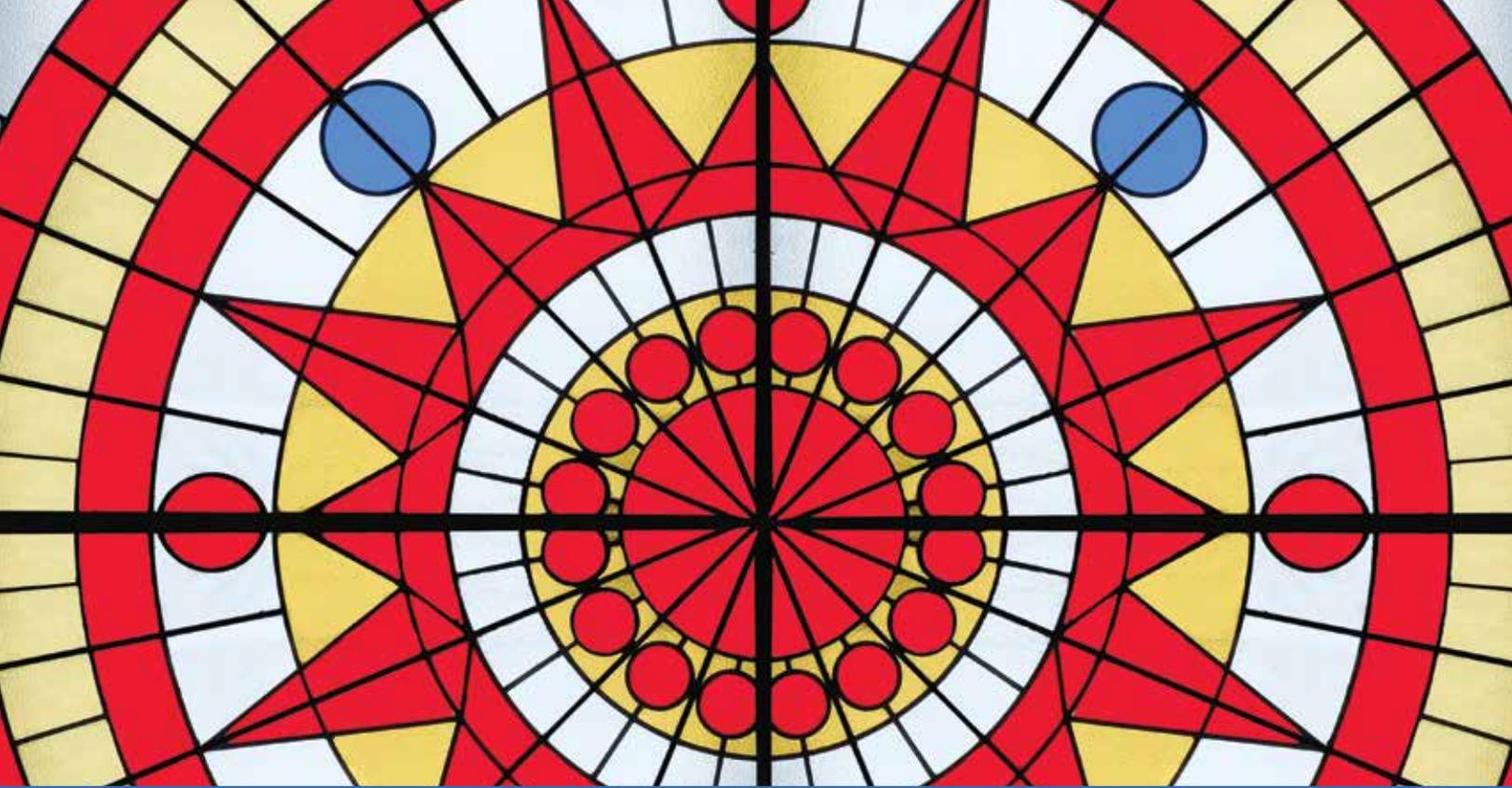
Fuente: Dirección de Finanzas, IMSS.

Aun cuando la afiliación a este seguro puede significar un importante gasto familiar, sigue siendo una excelente alternativa de aseguramiento. En comparación con un seguro privado de Gastos Médicos Mayores, el Seguro de Salud para la Familia tiene las siguientes ventajas:

- Costos menores, ya que las primas de un seguro privado pueden ser hasta 2 veces el valor de la cuota del Seguro de Salud para la Familia, en edades jóvenes, y de hasta 10 veces en edades avanzadas¹¹⁶.

- No considera conceptos como deducible y coaseguros. Es decir, el gasto total de la atención médica, desde primer hasta tercer nivel de atención, está cubierto.
- En un seguro médico privado las condiciones de aseguramiento son más estrictas en cuanto a edad máxima de aceptación, tiempos de espera para la atención de algunos padecimientos, y enfermedades no cubiertas.

¹¹⁶ Las primas de los seguros privados son ilustrativas y representan un promedio. Pueden variar de forma significativa por la aplicación de deducibles, coaseguros y sumas aseguradas.



Programa IMSS-PROSPERA

Capítulo VIII

Desde sus orígenes en la década de 1970, el Programa IMSS-PROSPERA ha brindado servicio a la población que carece de acceso a los sistemas de seguridad social en México, lo que le convierte en el prestador de servicios con más experiencia en la atención en salud a la población altamente marginada de nuestro país.

El Programa tiene presencia en 28 entidades en las que brinda cobertura a 12.4 millones de personas residentes en 20,633 localidades —77.7% de ellas con grados alto y muy alto de marginación, de conformidad con la clasificación del Consejo Nacional de la Población— pertenecientes a 1,505 municipios.

IMSS-PROSPERA impulsa la participación activa de las comunidades beneficiarias para mejorar la salud en los entornos individual, familiar y colectivo, lo que refuerza la atención preventiva y curativa proporcionada por el personal de salud. Esta pluralidad se refleja en los recursos de los que el Programa dispone para otorgar sus servicios:

- i) 4,311 unidades médicas de primer nivel de atención y 80 de segundo nivel, distribuidas en 28 entidades y 31 delegaciones del IMSS (cuadro VIII.1).
- ii) Una red de casi 26 mil trabajadores, de los cuales 90.1% corresponden a personal médico, de

CUADRO VIII.1.
Infraestructura del Programa
IMSS-PROSPERA, 2017

Primer Nivel de Atención	
Unidades Médicas Rurales	3,614
Unidades Médicas Urbanas	313
Unidades Médicas Móviles	143
Brigadas de Salud	195
Centros Rurales de Atención Integral a la Mujer ^{1/}	46
Segundo Nivel de Atención	
Hospitales Rurales	80
Servicios comunitarios	
Albergues comunitarios	68

^{1/}Anteriormente denominados Centros de Atención Rural Obstétrica (CARO).
Fuente: Unidad del Programa IMSS-PROSPERA.

CUADRO VIII.2.
Asistencia médica ambulatoria
y hospitalaria, 2017

Actividad	Total
Consultas	25,571,339
Partos	109,111
Atendidos por personal institucional	103,946
Atendidos por parteras voluntarias	5,165
Egresos hospitalarios	237,019
Intervenciones quirúrgicas	104,498
Estudios de laboratorio	9,351,773
Estudios de rayos X	319,043

Ocupación hospitalaria de 81%, con un promedio de 3 días estancia.

Fuente: Sistema de Información en Salud para Población Adscrita (SISPA), 2017.

enfermería, de acciones comunitarias y administrativo, dando atención directa a la población beneficiaria; 8.9% en actividades de apoyo institucional, supervisión asesoría y capacitación a equipos de salud y el restante 1% destinado a actividades normativas en oficinas centrales.

iii) Una estructura comunitaria conformada por más de 350 mil personas voluntarias, de acuerdo con el concepto de solidaridad social que dio origen al Programa IMSS-PROSPERA: 116,677 integrantes de 18,581 Comités de Salud; 15,773 personas voluntarias de salud; 215,145 agentes comunitarios de salud; 944 médicos tradicionales y 6,872 parteras en interrelación, así como 3,476 avales ciudadanos de unidad médica instalados.

iv) Operación de 68 albergues comunitarios ubicados al interior o en las inmediaciones de los hospitales rurales, en donde pacientes, acompañantes y familiares que requieren los servicios de segundo nivel cuentan con alimentación, hospedaje y actividades que fomentan el cuidado de su salud.

Con esta infraestructura y capital humano se obtuvieron los resultados detallados en los cuadros VIII.2 y VIII.3.

VIII.1. Financiamiento y capital humano del Programa

El Programa IMSS-PROSPERA está sujeto a reglas de operación y su financiamiento proviene fundamentalmente de dos fuentes: Ramo 19 “Aportaciones a Seguridad Social” transferido como subsidio por el Gobierno Federal, a partir de la aprobación anual efectuada en la Cámara de Diputados y plasmada en el Presupuesto de Egresos de la Federación, y Ramo 12 “Salud” con recursos transferidos por la Comisión Nacional de Protección Social en Salud para apoyar el otorgamiento del componente Salud a los beneficiarios de PROSPERA Programa de Inclusión Social.

Los recursos totales recibidos en 2017 ascendieron a 12,765.7 millones de pesos (cuadro VIII.4).

Del total de recursos, 76% se destinó al capítulo de servicios de personal (incluye el pago del Régimen de Jubilaciones y Pensiones), mientras que al capítulo de consumo de bienes se destinó 16% del total del presupuesto, del cual la mayor parte se utilizó para el gasto en medicamentos, vacunas, servicios de laboratorio, instrumental y accesorios médicos, así como víveres. El capítulo de servicios generales representó 6.9% y el de conservación 0.8% del presupuesto.

CUADRO VIII.3.
Indicadores del Programa IMSS-PROSPERA, 2017

No.	Indicador	Bueno	Regular	Crítico	Resultado 2017
1	Tasa de mortalidad infantil ^{1/}				8.89
2	Razón de mortalidad materna ^{2/}	≤ 5.14	5.13 a 7.50	≥ 7.51	12.28
3	Tasa de hospitalización por diabetes no controlada	≤ 7.00	7.01 a 9.09	≥ 9.10	5.27
4	Tasa de mortalidad neonatal ^{2/}	≤ 5.51	5.52 a 6.49	6.5	5.84
5	Porcentaje de menores de 1 año que cuentan con esquema completo de vacunación	≥ 95.00	80.00 a 94.99	≤ 79.99	89.41
6	Porcentaje de detección de hipertensión arterial	90.00 a 100	80.0 a 89.9	≤ 79.9	103.59
7	Porcentaje de casos de diarrea aguda que son monitoreados para la búsqueda de <i>V. Cholerae</i>	≥ 2.0	1.0 a 1.9	< .99	2.06
8	Porcentaje de pacientes mayores de 20 años con diabetes mellitus tipo 2 en control con hemoglobina glucosilada	≥ 37.00	31.45 a 36.99	≤ 31.44	66.40
9	Porcentaje de surtimiento completo de recetas médicas	≥ 84.60	71.91 a 84.59	≤ 71.90	87.22
10	Porcentaje de niños menores de 5 años que están en control nutricional	≥ 95.00	75.00 a 94.99	≤ 74.99	91.13
11	Porcentaje de familias que aplican las acciones de saneamiento básico respecto al total de familias encuestadas	≥ 84.21	71.57 a 84.20	≤ 71.56	84.99
12	Porcentaje de cobertura de la instalación de Aval Ciudadano en las unidades médicas del Programa	100	85.00 a 99.99	≤ 84.99	49.30
13	Tasa de infecciones nosocomiales	≥ 0.50	0.25 a 0.49	≤ 0.24	0.59
14	Porcentaje de embarazadas atendidas en el primer trimestre gestacional	≥ 58.00	50.00 a 57.99	≤ 49.99	60.09
15	Porcentaje de referencia de pacientes del primero al segundo nivel de atención	≤ 4.90	4.89 a 5.69	≥ 5.70	4.58
16	Porcentaje de detecciones de violencia familiar y de género aplicadas a mujeres de 15 años y más respecto al total de detecciones programadas	≥ 80.00	40.00 a 79.99	≤ 39.99	81.62
17	Porcentaje de personas asesoradas y derivadas a la unidad médica por Voluntarios de Salud y Agentes Comunitarios de Salud con relación al número de personas identificadas	≥ 90.00	70.00 a 89.99	≤ 69.99	94.52
18	Porcentaje de personas derivadas por parteras voluntarias rurales para atención y consulta	≥ 92.00	80.00 a 91.99	≤ 79.99	98.36

^{1/} Información del Programa IMSS-PROSPERA; preliminar. Indicador asociado al Programa Sectorial de Salud 2013-2018.

^{2/} Dato preliminar.

Fuentes: Sistemas de información sectoriales y del Programa IMSS-PROSPERA.

CUADRO VIII.4.
Presupuesto original, 2017
(millones de pesos)

Concepto	Importe
Ramo 19	11,350.0
Ramo 12	1,336.9
Convenio con la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, relativo al Seguro Médico Siglo XXI	78.0
Convenio de Colaboración para el intercambio de Servicios de Atención Médica con ISSSTE Oaxaca	0.8
Total	12,765.7

Fuente: Unidad del Programa IMSS-PROSPERA.

Con las cifras antes mencionadas se alcanzó 99.7% de ejercicio presupuestal. Esto se traduce en que 92.8% del presupuesto se ejerce en la atención directa de los beneficiarios y 6.9% a servicios indispensables para la operación, por lo que sólo es posible destinar 0.3% de los recursos disponibles al capítulo de inversión (cuadro VIII.5 y gráfica VIII.1).

En este sentido, durante 2017 el Programa amplió el servicio de Urgencias en el Hospital Rural de Matehuala, San Luis Potosí; en tanto que durante el primer trimestre de 2018 concluyó la construcción

CUADRO VIII.5.
Presupuesto ejercido, 2013-2017

(millones de pesos)

Concepto	2013	2014	2015	2016	2017
Servicios de personal	6,698.1	6,975.0	8,119.5	8,424.2	9,697.2
Consumo de bienes	2,034.0	2,072.3	1,606.2	1,910.8	2,047.8
Servicios generales	839.9	1,147.7	941.2	950.1	878.7
Conservación	325.1	322.5	263.0	242.7	107.3
Gasto corriente	9,897.1	10,517.5	10,929.9	11,527.8	12,730.9
Bienes muebles e inmuebles	160.6	61.6	212.5	161.6	34.8
Obra pública	39.9	126.0	126.5	57.4	-
Inversión física	200.5	187.6	339.0	219.0	34.8
Total	10,097.6	10,705.1	11,268.9	11,746.8	12,765.7

Fuente: Unidad del Programa IMSS-PROSPERA.

de una Unidad Médica Rural (UMR) en el municipio indígena de Tancanhuitz, en la citada entidad, y continuó obras de ampliación y remodelación de la Unidad de Cuidados Especiales del Neonato y Pediatría en un Hospital Rural en Zacatecas.

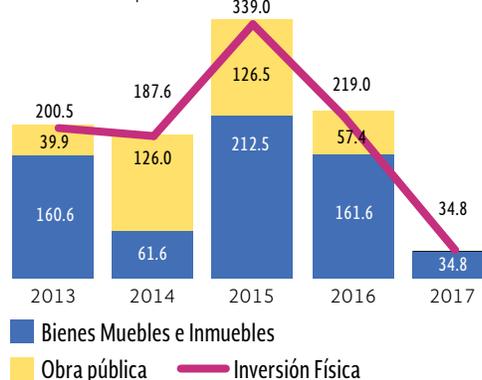
Derivado de los sismos ocurridos los días 7 y 19 de septiembre de 2017, a la fecha, se han identificado 543 inmuebles afectados y se estima que el monto de los daños asciende a 78.8 millones de pesos (cuadro VIII.6).

Como se observa en la gráfica VIII.2, el incremento real al presupuesto asignado al Programa a través del Ramo 19 en los últimos años ha sido menor a la inflación, siendo también inferior al incremento contractual de servicios de personal, que para 2017 representó 76% del gasto, por lo que ha sido insuficiente para afrontar los retos asociados a la demanda creciente de servicios de salud de la población sin seguridad social que atiende el Programa.

Con la finalidad de mejorar la prestación de servicios de segundo nivel, se dio continuidad a la formación de personal médico especialista para los Servicios Rurales de Salud, curso de posgrado que el Programa ha organizado de manera conjunta con la Coordinación de Educación en Salud del IMSS, el Sindicato Nacional de Trabajadores del Seguro Social (SNTSS) y el respaldo académico del Instituto Politécnico Nacio-

GRÁFICA VIII.1.
Inversión física, 2013-2017

(millones de pesos)



Fuente: Unidad del Programa IMSS-PROSPERA.

CUADRO VIII.6.
Monto estimado por daños de los sismos de septiembre de 2017

(millones de pesos)

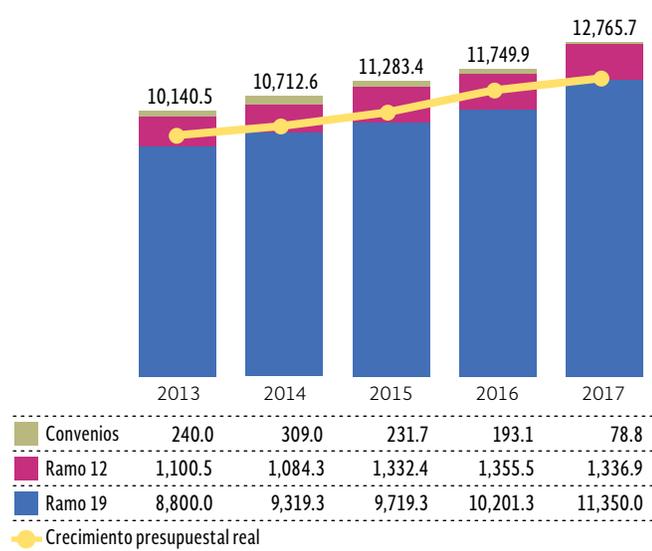
Delegación	Inmuebles afectados	Monto estimado
Chiapas	81	18.3
Estado de México Poniente	21	1.8
Guerrero	18	0.8
Hidalgo	4	0.4
Michoacán	10	1.8
Oaxaca	255	33.2
Puebla	100	10.1
Tlaxcala	3	0.2
Veracruz Sur	51	12.2
Total	543	78.8

Fuente: Dirección de Finanzas, IMSS.

nal. En 2017 egresaron 68 integrantes de la sexta generación, con lo que a la fecha 497 especialistas se han incorporado a la plantilla de 77 Hospitales Rurales del Programa, en diferentes turnos. En ese mismo año dio inicio la novena generación con una oferta de 91 becas y la cobertura en 51 de ellas, cuyos integrantes concluirán sus estudios en el año 2019.

En alianza con el Instituto Carlos Slim de la Salud para la operación del modelo Atención Materna, Neonatal, Crecimiento y Estimulación Temprana (AMANECE), 99 alumnos que laboran en la zona de servicios médicos de Ixmiquilpan, Hidalgo, se graduaron en el diplomado *Salud Materna y Perinatal*.

GRÁFICA VIII.2.
Presupuesto 2013-2017
 (millones de pesos)



Fuente: Unidad del Programa IMSS-PROSPERA.

Entre el personal de enfermería se impartieron los diplomados en línea *Seguridad del Paciente* a 532 personas; *Guías de Práctica Clínica en Urgencias Obstétricas* a 1,743, y *Guías de Práctica Clínica de Enfermería* a 1,642; sobre *Vacunología* a 79 personas; y el curso *Plan de Mejora Continua* a 75 personas. Además, se impartieron 9 cursos de *Vacunación Segura* a 49,286 participantes con el objetivo de actualizar y reforzar sus competencias técnicas durante las Semanas Nacionales de Salud.

En materia de profesionalización del personal de enfermería, en el lapso 2013-2017 han egresado tres generaciones con 110 integrantes; 21 más cursan la licenciatura actualmente; en tanto que se registran 23 aspirantes a ingresar en la quinta generación (2017-2019).

VIII.2. Portabilidad de servicios y vinculación interinstitucional

El carácter de IMSS-PROSPERA como prestador de servicios de salud a otras instituciones y programas se refleja en la característica de afiliación de su población

beneficiaria, pues 61.6% está inscrito en el Sistema de Protección Social en Salud, Seguro Popular (7'651,037 personas); en tanto que 51.8% cuenta con PROSPERA Programa de Inclusión Social (6'431,267 personas). Con la finalidad de promover esta portabilidad y convergencia, el Programa impulsa la firma de convenios y acuerdos interinstitucionales para el otorgamiento de servicios y obtener el reembolso económico por concepto de las intervenciones realizadas.

Entre 2013 y 2017 el Programa otorgó 33'379,697 consultas a personas afiliadas al Seguro Popular, con un incremento de 115% en este periodo. Para consolidar el otorgamiento de atención a dicho sector poblacional, en 2017 se registraron los siguientes avances:

- i) Renovación de vigencia del convenio con la Comisión Nacional de Protección Social en Salud para la ejecución de acciones relativas al Programa Seguro Médico "Siglo XXI" (SMSXXI), que establece el reembolso de recursos por las intervenciones en salud proporcionadas a menores de 5 años en Hospitales Rurales acreditados. IMSS-PROSPERA incrementó el otorgamiento de atención médica en este rubro, con la oferta de 49 intervenciones contempladas en el catálogo de dicho Programa (149), lo que significó 29% de cobertura en 71 Hospitales Rurales acreditados (88.7% del total de hospitales del Programa). De acuerdo con cifras preliminares, en 2017 se registraron 2,500 menores de 5 años con atención médica financiada por dicho Programa, 1% más que en 2016 cuando se alcanzaron 2,470 registros.
- ii) Acreditación y certificación como garantía de calidad en unidades médicas de IMSS-PROSPERA por parte del Consejo de Salubridad General. En 2017 se obtuvo el dictamen de certificación en 4 Hospitales Rurales y 8 más se preparan para ser evaluados en este proceso durante 2018.

Para mejorar la calidad asistencial y seguridad clínica en 100% de unidades hospitalarias de IMSS-PROSPERA se continuó el monitoreo

a la implementación de las 6 Metas Internacionales de Seguridad del Paciente; se fortaleció el seguimiento al cumplimiento de la NOM-004-SSA3-2012 del Expediente Clínico con evaluación a través de la herramienta Modelo de Evaluación del Expediente Clínico Integrado y de Calidad; se favoreció el apego a la evidencia científica con el uso de las Guías de Práctica Clínica, y se robusteció el Comité de Calidad y Seguridad del Paciente (COCASEP).

iii) Incorporación del Aval Ciudadano como mecanismo de contraloría social y participación ciudadana para la mejora de la atención. La función de esta figura es evaluar la calidad percibida por parte de la ciudadanía en la prestación de los servicios de cada unidad médica. Durante 2017 se instalaron 424 avales y se firmaron 2,353 cartas compromiso, con atención a 1,256 de ellas (53%). A 4 años de su implementación, IMSS-PROSPERA contó con 3,476 avales, lo que representó una cobertura de 82% respecto al total de sus unidades médicas.

Otra vertiente de colaboración interinstitucional sustantiva es la sostenida con la Coordinación Nacional de PROSPERA Programa de Inclusión Social y la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, que en 2017 significó el otorgamiento del Componente Salud a 6'431,267 personas beneficiarias de dicho Programa, con lo que IMSS-PROSPERA contribuyó a mantener en control a alrededor de 1.6 millones de familias a las que se otorgaron 12'270,629 consultas (cuadro VIII.7).

En el año concluido, el Programa fortaleció el otorgamiento de dicho componente al registrar un avance de 87% en la migración de las 13 Acciones del Paquete Básico Garantizado de Salud, a las 27 Intervenciones de Salud Pública del Catálogo Universal de Servicios de Salud. Esto, como resultado de la incorporación de intervenciones pendientes, entre ellas: prevención de accidentes, prevención y detección de sustancias psicoactivas y otras adicciones; valoración de problemas de aprendizaje y conducta; prevención del suicidio mediante la escala de Plutchik, y detección de trastornos depresivos y de ansiedad.

Los cuadros VIII.8 y VIII.9 muestran el avance en los principales indicadores de seguimiento operativo (N-ISO) correspondientes al sexto bimestre de 2017 (noviembre-diciembre), desglosados por ámbitos rural y urbano.

A la par de la portabilidad y convergencia de servicios, la colaboración interinstitucional y con otros órdenes de gobierno ha sido una vía adicional para el fortalecimiento de la infraestructura de IMSS-PROSPERA durante la actual Administración. De esta manera en el periodo 2014-2017, con apoyo financiero de la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas, el Programa amplió significativamente la infraestructura destinada a 31.7% de su población beneficiaria que habita en localidades predominantemente indígenas, mediante la adquisición y puesta en operación de 139 nuevas Unidades Médicas Móviles (UMM); la construcción de 25 Unidades Médicas Rurales (UMR) 6 de ellas, con Centro Rural de Atención

CUADRO VIII.7.
Componente Salud PROSPERA Programa de Inclusión Social

Ámbito	Familias en control	Consultas médicas				Entrega de suplemento alimenticio	
		Total	Menores de 5 años	Embarazadas	Mujeres en lactancia	Mujeres embarazadas y en lactancia	Menores de 6 a 59 meses
Rural	1,305,691	10,325,555	1,366,502	457,506	287,046	64,148	274,731
Urbano	299,803	1,945,074	222,719	55,802	51,266	8,186	39,148

Fuente: Comisión Nacional de Protección Social en Salud, diciembre 2017.

CUADRO VIII.8.
Indicadores de salud y de nutrición (ámbito rural), 2017

Cobertura de atención en salud a familias beneficiarias (Ind. 01)	99.70
Total de familias beneficiarias en control	1,294,181
Total de familias beneficiarias registradas	1,298,059
Cobertura de atención prenatal a mujeres (Ind. 02)	99.93
Mujeres embarazadas beneficiarias en control	24,433
Mujeres embarazadas beneficiarias registradas	24,451
Cobertura de mujeres embarazadas y en lactancia con suplemento (Ind. 05)	98.40
Total de mujeres embarazadas y en lactancia que recibieron suplemento	64,148
Total de mujeres embarazadas y en lactancia beneficiarias en control	65,194
Cobertura de atención nutricional de niños (Ind. 07)	99.68
Total de niños beneficiarios menores a 5 años registrados en control	302,292
Total de niños beneficiarios menores a 5 años registrados	303,258
Cobertura de niños con suplemento alimenticio (Ind. 08)	97.64
Total de niños beneficiarios (de 6 a 59 meses) que recibieron suplemento alimenticio	274,731
Total de niños beneficiarios (de 6 a 59 meses) en control nutricional	281,364

Fuente: Comisión Nacional de Protección Social en Salud, 2017.

CUADRO VIII.9.
Indicadores de salud y de nutrición (ámbito urbano), 2017

Cobertura de atención en salud a familias beneficiarias (Ind. 01)	99.92
Total de familias beneficiarias en control	288,157
Total de familias beneficiarias registradas	288,375
Cobertura de atención prenatal a mujeres (Ind. 02)	98.00
Mujeres embarazadas beneficiarias en control	2,943
Mujeres embarazadas beneficiarias registradas	3,003
Cobertura de mujeres embarazadas y en lactancia con suplemento (Ind. 05)	99.62
Total de mujeres embarazadas y en lactancia que recibieron suplemento	8,186
Total de mujeres embarazadas y en lactancia beneficiarias en control	8,217
Cobertura de atención nutricional de niños (Ind. 07)	98.06
Total de niños beneficiarios menores a 5 años registrados en control	41,741
Total de niños beneficiarios menores a 5 años registrados	42,567
Cobertura de niños con suplemento alimenticio (Ind. 08)	98.41
Total de niños beneficiarios (de 6 a 59 meses) que recibieron suplemento alimenticio	39,148
Total de niños beneficiarios (de 6 a 59 meses) en control nutricional	39,780

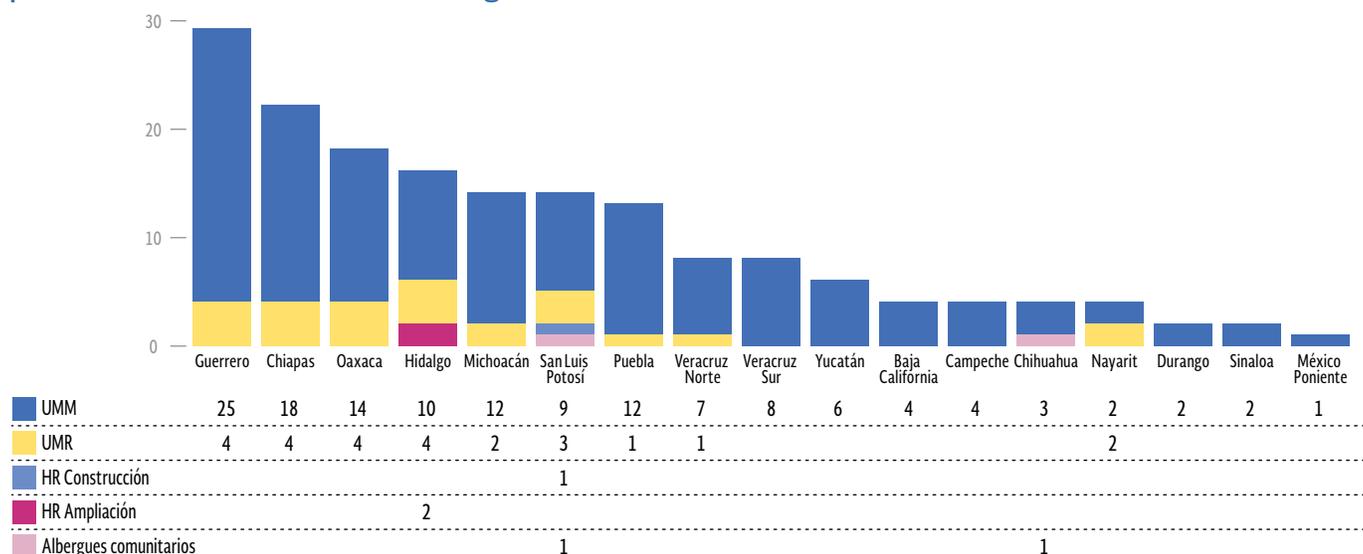
Fuente: Comisión Nacional de Protección Social en Salud, 2017.

Integral a la Mujer, 1 Hospital Rural (HR), 2 albergues comunitarios, y la ampliación de 2 unidades hospitalarias en Hidalgo (gráfica VIII.3). A través de 139 Unidades Médicas Móviles en servicio al cierre de 2017, el Programa otorgó 661,434 consultas, 51% a cargo de personal médico y 49% de personal de enfermería.

Por otra parte y como producto de la gestión con los gobiernos municipales para la mejora de las condiciones de salud y calidad de vida de la población que atiende el Programa IMSS-PROSPERA, en 2017 se logró la ampliación o sustitución de 15 Unidades Médicas Rurales y 2 albergues comunitarios (cuadro VIII.10).

GRÁFICA VIII.3.

Infraestructura financiada con recursos de la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas, 2014-2017



UMM: Unidad Médica Móvil.
 UMR: Unidad Médica Rural.
 HR: Hospital Rural.

Fuente: Unidad del Programa IMSS-PROSPERA.

CUADRO VIII.10.

Ampliación o sustitución de Unidades Médicas Rurales y albergues comunitarios financiados con recursos municipales, 2017

Delegación	Unidades Médicas Rurales	Albergues Comunitarios
Chiapas	2	
Puebla	10	1
Yucatán	1	
Nayarit	1	
Tamaulipas		1
Veracruz Sur	1	
Total	15	2

Fuente: Unidad del Programa IMSS-PROSPERA.

Atención a grupos especialmente vulnerables

En los años recientes, privilegiando un enfoque de derechos humanos y de reconocimiento a la diversidad cultural en nuestro país, el Programa ha desplegado nuevas acciones destinadas a la atención y cuidado de grupos especialmente vulnerables, como son mujeres, pueblos indígenas, migrantes y personas adultas mayores.

En junio de 2013, por acuerdo con la Secretaría de Relaciones Exteriores, IMSS-PROSPERA inició el otorga-

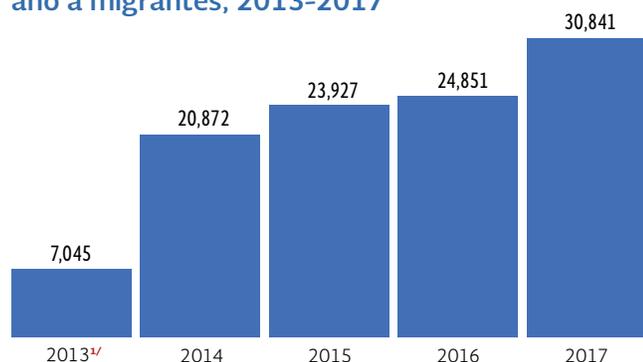
miento de servicios de salud en apoyo a población migrante en su tránsito por nuestro país. Durante 2017 se dio continuidad a dicha atención en 9 puntos ubicados en Chiapas (5), Oaxaca (1), Tamaulipas (2) y Baja California (1), y se registró un incremento de consultas respecto al año anterior, al pasar de 24,851 a 30,841 (24% más), a migrantes procedentes principalmente de El Salvador y Honduras (gráfica VIII.4).

En 2014 el Programa inició la capacitación con enfoque intercultural en salud en su plantilla laboral, con la finalidad de que mediante el diálogo, el reconocimiento y el respeto a las particularidades culturales de la población beneficiaria, la atención proporcionada sea de mayor calidad e integralidad. En el periodo 2014-2017 se realizaron 667 cursos con este enfoque y 23,484 personas fueron capacitadas, lo que equivale a 93% de cobertura de la plantilla laboral del Programa.

En este año también se inició el despliegue del proyecto Salud y nutrición del adulto mayor que, desde 2014 y hasta 2017 ha integrado a 10,022 personas de este grupo de edad en jornadas de trabajo

GRÁFICA VIII.4.

Consultas otorgadas por año a migrantes, 2013-2017



^{1/} Junio-diciembre de 2013.

Fuente: Unidad del Programa IMSS-PROSPERA.

para su diagnóstico de salud y derivación a unidades médicas en caso necesario. El enfoque de apoyo intergeneracional de este proceso de atención ha incluido talleres de capacitación y sensibilización a 1,721 adolescentes y jóvenes que integran la Red de Atención del Adulto Mayor (REDCAM), para mejorar la alimentación y actividades físicas y recreativas de este grupo en riesgo.

Finalmente, en 2016 IMSS-PROSPERA puso en operación la estrategia Prevención, detección, atención y derivación de violencia de género, en mujeres mayores de 15 años, en establecimientos médicos del Programa. En 2017 se realizaron 310,236 detecciones de las que 1,832 resultaron positivas. En 862 casos se proporcionó orientación legal; en 395, plan de seguridad; en 652 se hizo valoración del riesgo, y en 760 se realizó valoración psicológica.

VIII.3. Prestación de servicios integrales de salud

A lo largo de casi cuatro décadas de trabajo ininterrumpido, IMSS-PROSPERA ha demostrado ser el Programa del Gobierno Federal con más probada experiencia en la atención a la salud de las comunidades marginadas e indígenas de nuestro país. No obstante los cambios

en su denominación, ha logrado mantener su concepción original de trabajo: una vinculación directa con la población a la que atiende, a través de la conformación de estructuras de apoyo y alianzas con voluntarios de salud provenientes de la propia comunidad, y un modelo de salud centrado en la atención primaria con un fuerte soporte en el primer nivel de atención.

La vocación preventiva del Programa ha tenido frutos en el mantenimiento de una tendencia discretamente descendente en las tasas de mortalidad infantil como producto de la prioridad asignada a la vacunación y la nutrición, así como en la reducción de la tasa de muerte materna. Entre los retos que aún se afrontan se encuentran: los riesgos de salud asociados a la adolescencia, en particular el embarazo temprano; el abatimiento de enfermedades propias de la pobreza que aún persisten en la población que atiende el Programa, y frente al crecimiento de enfermedades crónico-degenerativas, lograr que la atención primaria sea un mecanismo efectivo de contención a la complicación.

VIII.3.1. Salud pública

En el marco del Programa de Vacunación Universal, durante 2017 se aplicaron 8'356,329 dosis de vacunas, de las cuales 2'444,427 corresponden al esquema básico de los menores de 8 años. Los resultados se vieron afectados por la falta de proveeduría de la vacuna antihepatitis B para menores de 1 año y la insuficiencia de la Triple Viral (SRP) para menores de 1 y 6 años. Resultado relevante es la ministración de 1'632,693 dosis de vacuna SABIN para contribuir al mantenimiento de la erradicación de la poliomielitis en el territorio nacional. Para la temporada invernal 2017-2018 se programaron 2'551,675 dosis de vacuna antiinfluenza con un avance preliminar de 98.1% y la aplicación de 2'503,044 dosis.

Como parte de las actividades emprendidas para la atención a la infancia, se llevó a cabo la valoración del estado nutricional y el diagnóstico y tratamiento de la anemia en menores de 5 años con resultados satisfactorios. La prevalencia de la desnutrición infantil del

ámbito rural mostró una disminución como se detalla en la gráfica VIII.5.

Para 2017 la prevalencia de la anemia en el ámbito rural mostró un retroceso, sin embargo, las cifras se mantienen por debajo de las observadas en el año 2012 (gráfica VIII.6).

El impacto de la atención integral al niño en el ámbito del Programa se ha reflejado positivamente en el abatimiento de la tasa de mortalidad infantil, que disminuyó de 9.35 por mil nacidos vivos en el año

2000, a una tasa de 8.89 en 2017 (cifra preliminar). La tasa de mortalidad en menores de 5 años también se modificó positivamente al pasar de 10.43 por mil nacidos vivos en el 2000, a una tasa de 9.06 en 2017 (cifra preliminar).

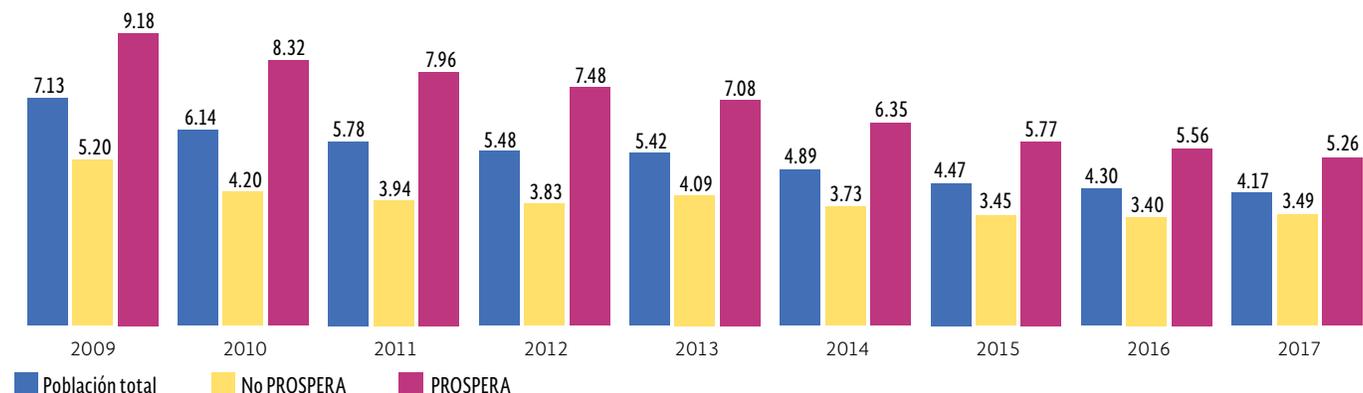
Tuberculosis

En la prevención y control de la tuberculosis las actividades de detección se orientan a individuos con sintomatología respiratoria caracterizada por tos productiva, a

GRÁFICA VIII.5.

Prevalencia (%) de la desnutrición global, ámbito rural, 2009-2017

(peso para la edad, gráficas de la OMS^{1/}, 2006)



^{1/} OMS: Organización Mundial de la Salud.

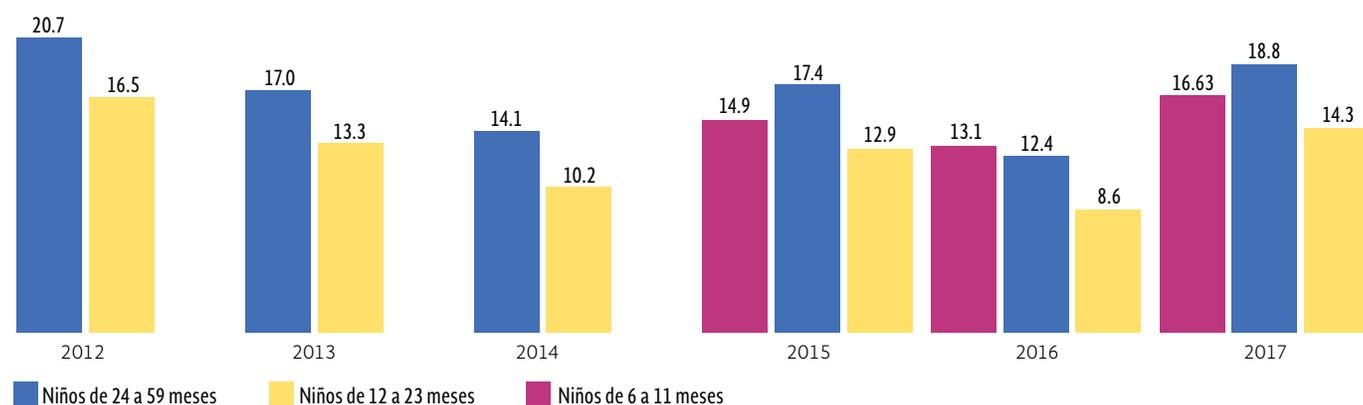
Nota: La gráfica refiere a población beneficiaria de IMSS-PROSPERA.

Fuente: SISPA, 2009-2017. Desnutrición leve, moderada y severa.

GRÁFICA VIII.6.

Prevalencias de anemia en menores de 12 a 23 meses y de 24 a 59 meses de edad, ámbito rural, 2012-2017

(porcentaje)



Fuente: SISPA, 2012-2017.

fin de instaurar un tratamiento e incidir en la interrupción de la cadena de transmisión. En 2017 se realizaron 46,704 detecciones con un logro de 90.9% de la meta, lo que permitió identificar 726 casos nuevos de tuberculosis pulmonar e iniciar su tratamiento. De las personas que previamente ingresaron y concluyeron su tratamiento se obtuvo una tasa de éxito de 89.1%. La incidencia de tuberculosis pulmonar fue de 5.9 por cada 100 mil habitantes atendidos en IMSS-PROSPERA, cifra ligeramente superior a la observada en 2016 (gráfica VIII.7).

Para obtener este resultado se contó con el apoyo de personas voluntarias y agentes comunitarios de salud quienes identificaron a 15,496 personas tosedoras productivas, derivaron a unidad médica a 14,762 y mantuvieron a 173 en vigilancia de tratamiento TAES (Tratamiento Acortado Estrictamente Supervisado).

Enfermedades transmitidas por vector (dengue, Chikungunya, Zika)

En 2017 IMSS-PROSPERA presentó una elevación de 44% en los casos confirmados de dengue no grave (tasa

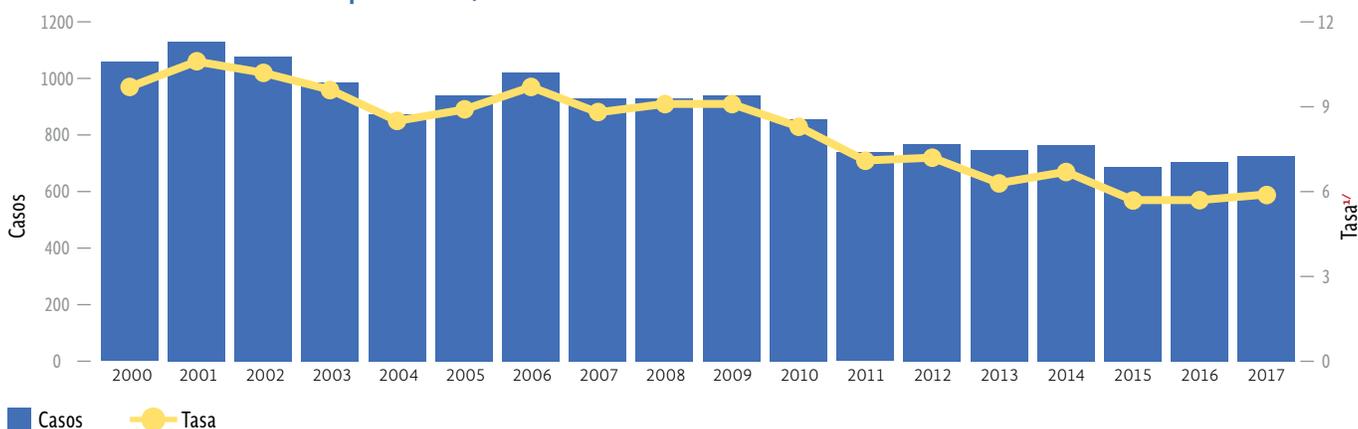
de incidencia de 2.49 a 3.65 por 100 mil habitantes) y una disminución de 10% en los de dengue con signos de alarma y dengue grave¹¹⁷ (tasa de incidencia de 0.42 a 0.37 por 100 mil habitantes), con relación a 2016 (gráficas VIII.8 y VIII.9). En el año concluido no se registraron defunciones por esta causa en IMSS-PROSPERA, por lo que la tasa de letalidad se mantuvo en cero, en contraste con la registrada en 2016 (1.92%).

En relación con Chikungunya y Zika, la tendencia es descendente, esto debido a la inmunidad permanente que ambas enfermedades dejan posterior a la infección. Chikungunya pasó de una tasa de incidencia de 0.72 en 2015 a 0.08 en 2017 por cada 100 mil habitantes y Zika, de 2.29 en 2016 a 1.31 en 2017 por cada 100 mil habitantes.

En este rubro, el Programa promovió el saneamiento básico y la generación de entornos saludables con la participación de alrededor de 2.5 millones de familias en la vigilancia y cuidado del agua para consumo humano, disposición sanitaria de excretas, disposición adecuada de basura y desechos, y control de fauna nociva y transmisora.

¹¹⁷ En agosto de 2016 se modificaron las definiciones operacionales. Fiebre por dengue = dengue no grave, con las siglas DNG; Fiebre hemorrágica por dengue = dengue con signos de alarma, siglas DCSA, y dengue grave, DG.

GRÁFICA VIII.7.
Incidencia de tuberculosis pulmonar, 2000-2017

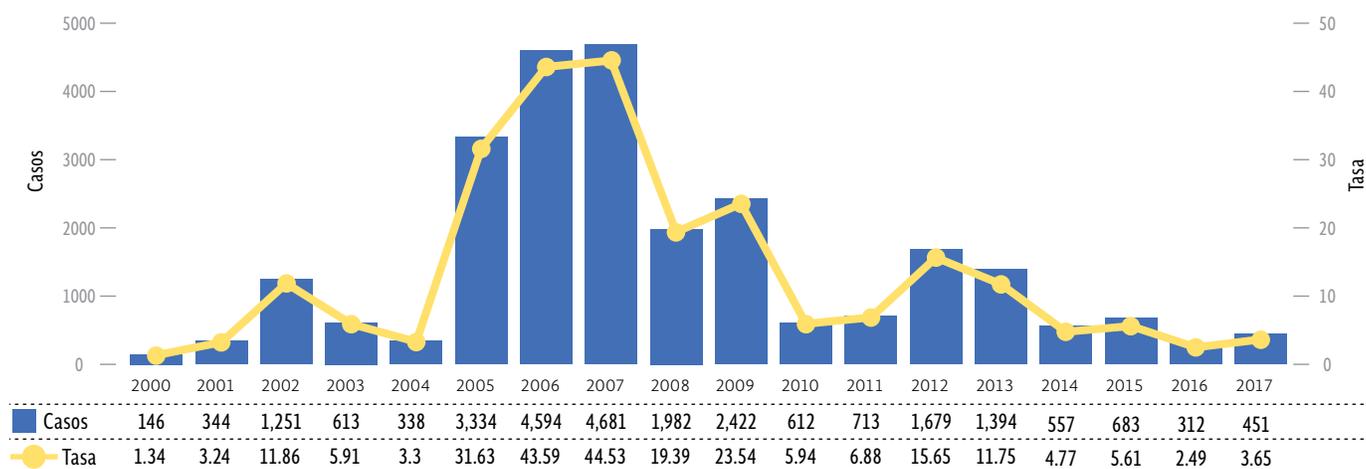


^{1/} Tasa por 100 mil habitantes.

Fuente: Sistema Único Automatizado de Vigilancia Epidemiológica (SUAVE), 1997-2010, Plataforma TB 2011 a 2017. La información de 2017 es preliminar.

GRÁFICA VIII.8.

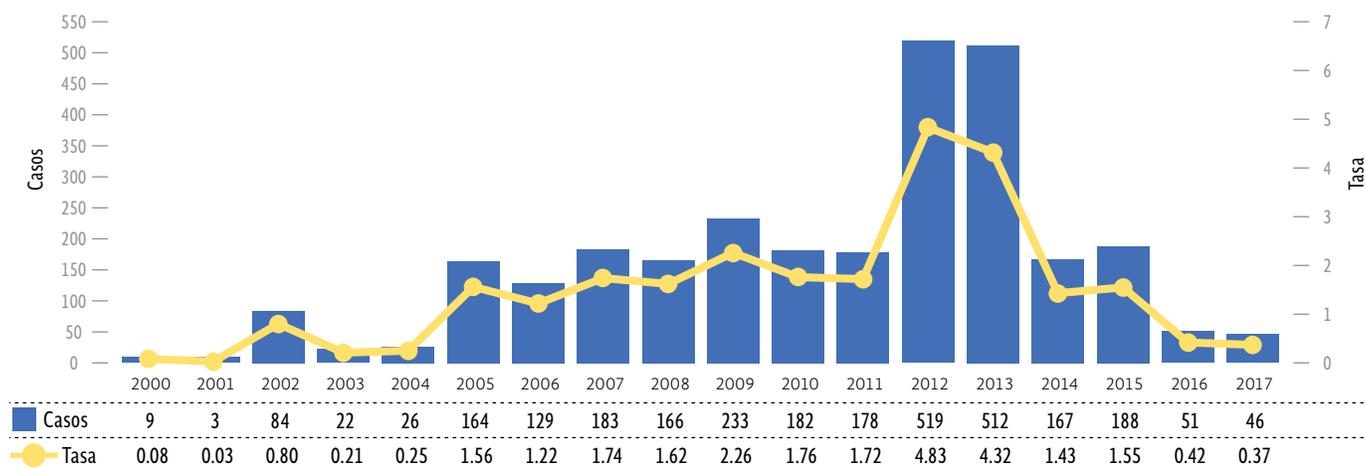
Casos confirmados de dengue no grave, 2000-2017



Fuente: Plataforma de Vectores, al 31 de diciembre de 2017.

GRÁFICA VIII.9.

Casos confirmados de dengue con signos de alarma y dengue grave, 2000-2017



Fuente: Plataforma de Vectores, al 31 de diciembre de 2017.

Cólera

IMSS-PROSPERA se ha sumado al Programa de Acción Específico de Cólera 2013-2018 del Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades (CENAPRECE), a través del indicador “Porcentaje de casos de diarrea con hisopo rectal para búsqueda de *Vibrio cholerae*”. Durante 2017 se logró monitorear el cólera en las diarreas en 2.1% de casos (gráfica VIII.10).

En 2017 se notificaron oficialmente 1,001 casos probables; de los cuales 75.7% se hizo de manera oportuna

(primeras 24 horas de conocimiento del caso); ninguno fue confirmado a *Vibrio cholerae* toxigénico y no hubo defunciones.

VIII.3.2. Atención a la salud

Atención materna e infantil

En 2017 IMSS-PROSPERA dio continuidad a la prevención y reducción de la mortalidad materna como uno de sus procesos prioritarios, lo que permitió mantener la

tendencia descendente pasando de 37 defunciones en 2016 a 32 en 2017 (cifra preliminar, sujeta a modificación, gráfica VIII.11).

En el esfuerzo por disminuir los embarazos de alto riesgo, en este periodo 272,045 personas aceptaron un método anticonceptivo; de éstas, 85,963 mujeres lo adoptaron posterior a un parto o cesárea, lo que significó una cobertura posparto de 82.7%. Las acciones de planificación familiar y anticoncepción —en las que la red comunitaria también suma su apoyo, como se detalla en el cuadro VIII.11—, además de contribuir a reducir

la mortalidad materna en 2017, mejoraron las expectativas de desarrollo de las mujeres y sus familias, manteniendo su derecho a decidir de manera libre, responsable e informada el número de hijos y la etapa para tenerlos.

Respecto a la vigilancia del embarazo, durante 2017 se otorgaron 1'458,750 consultas prenatales a 164,630 embarazadas, con un promedio de 8.9 consultas por embarazada, destacando además que 60% de estas mujeres (98,705) inició la vigilancia durante el primer trimestre de la gestación, lo que favorece la identificación temprana de riesgos.

En 2017 el Programa IMSS-PROSPERA atendió 109,111 partos, de los cuales 103,946 (95.3%) fueron atendidos en forma institucional y 5,165 (4.7%) por parteras y parteros en interrelación (cuadro VIII.12). En el mismo periodo se realizaron 29,795 cesáreas, 29% con relación al total de partos.

Para dar atención especializada a la emergencia obstétrica, 1,003 pacientes de IMSS-PROSPERA fueron referidas a hospitales de segundo y tercer niveles del Régimen Obligatorio a partir del Acuerdo 126 y el traspaso de costos correspondiente (cuadro VIII.13).

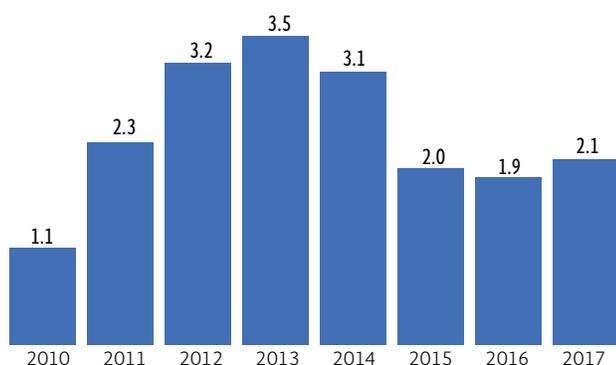
A fin de fortalecer la calidad de la atención del recién nacido, durante 2017 se tamizaron 136,797 recién nacidos con una cobertura de 83.3% para el tamiz neonatal ampliado, que incluye fenilcetonuria, hiperplasia suprarrenal congénita, deficiencia de biotinidasa y galactosemia clásica. El diferimiento en la adquisición de los insumos del tamiz impactó en la cobertura esperada.

Respecto al Desarrollo Infantil Temprano, en 2017 se realizaron 26,681 valoraciones a menores de 5 años, se proporcionó estimulación temprana a 42,201 y se brindó asesoría a 51,041 madres, padres de familia y cuidadores primarios.

Prevención y atención del cáncer cérvico-uterino

El Programa continúa el desarrollo de acciones encaminadas a ampliar y fortalecer la detección, el diagnóstico

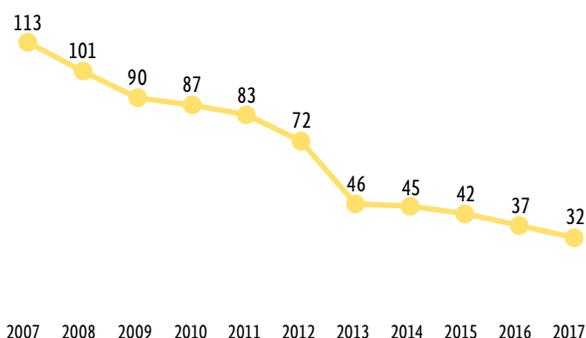
GRÁFICA VIII.10.
Monitoreo de 2% de las diarreas para identificar la circulación del *Vibrio cholerae*, 2010-2017



Fuente: Sistema de Información en Salud para Población Adscrita (SISPA), Sistema Único Automatizado de Vigilancia Epidemiológica (SUAVE), 2010-2017.

GRÁFICA VIII.11.
Mortalidad materna en IMSS-PROSPERA, 2007-2017^{1/}

(tasa por 100 mil nacidos vivos)



^{1/} 2017 cifra preliminar.

Fuente: Unidad del Programa IMSS-PROSPERA.

CUADRO VIII.11.

Acciones de la Red Comunitaria en apoyo a la planificación familiar

		Acción	Figura de la Red Comunitaria
	202,926	Consejerías de Planificación Familiar	Parteras Voluntarias Rurales
Otrogamiento de:	744,588	Asesoría a personas, hombres y mujeres, sobre planificación familiar	Voluntarios de Salud y Agentes Comunitarios de Salud
Seguimiento a:	27,611	Aceptantes de métodos anticonceptivos orales	Parteras Voluntarias Rurales
	4,098	Mujeres a unidad médica para adoptar un método anticonceptivo definitivo	Parteras Voluntarias Rurales
Derivación de:	410,871	Personas a la unidad médica para la atención en salud sexual y reproductiva y adopción de algún método anticonceptivo, temporal o permanente	Voluntarios de Salud y Agentes Comunitarios de Salud
	220,129	Adolescentes con vida sexual activa para la adopción de un método anticonceptivo y atención en salud sexual.	
Incorporación de:	571,011	Personas usuarias activas de métodos anticonceptivos atendidas para su continuidad	Voluntarios de Salud

Fuente: Unidad del Programa IMSS-PROSPERA.

CUADRO VIII.12.

Acciones de la Red Comunitaria en apoyo a la salud materna, de la mujer y del niño

		Acción	Figura de la Red Comunitaria
Identificación de:	132,047	Embarazadas	Parteras Voluntarias Rurales
	209,896		Voluntarios de Salud y Agentes Comunitarios de Salud
Derivación de:	129,633	Embarazadas a unidades médicas	Parteras Voluntarias Rurales
	179,884	Embarazadas para control prenatal	Voluntarios de Salud y Agentes Comunitarios de Salud
	7,746	Embarazadas para atención del parto	
Seguimiento a:	521,135	Embarazadas contrarreferidas por los equipos de salud	Voluntarios de Salud y Agentes Comunitarios de Salud
Atención de:	5,165	Partos (4.7% de los atendidos en el Programa)	Parteras Voluntarias Rurales
	709	Partos en conjunto con el equipo de salud	
Identificación de:	111,778	Mujeres en puerperio	Voluntarios de Salud y Agentes Comunitarios de Salud
	110,118	Mujeres en puerperio a unidades médicas	Voluntarios de Salud y Agentes Comunitarios de Salud
Derivación de:	20,883	Recién nacidos a unidad médica para el tamiz neonatal	Parteras Voluntarias Rurales
	33,874		Voluntarios de Salud y Agentes Comunitarios de Salud
	44,706	Mujeres a exploración ginecológica	Parteras Voluntarias Rurales
	476,044		Voluntarios de Salud y Agentes Comunitarios de Salud

Fuente: Unidad del Programa IMSS-PROSPERA.

CUADRO VIII.13.

Número de pacientes referidas por Acuerdo 126, 2006^{1/}-2017

2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Total
797	1,842	1,705	2,011	2,261	2,002	2,022	1,761	1,363	1,226	1,210	1,003	19,203

^{1/} Información abril-diciembre.

Fuente: Reportes delegacionales.

y el tratamiento oportunos de cáncer cérvico-uterino (CaCu) con énfasis en las lesiones premalignas.

En 2017 se realizaron 2'480,658 exploraciones ginecológicas, 580,021 visualizaciones cervicales con ácido acético a mujeres de 15 a 24 años de edad y 584,601 citologías cervicales a mujeres de 25 a 64 años. Mediante estas últimas fue posible identificar a 4,636 mujeres que presentaban algún tipo de lesión premaligna del cérvix o infección por el virus del papiloma humano, así como a 110 mujeres con CaCu *in situ*, quienes fueron referidas a los módulos de salud ginecológica de Hospitales Rurales para su confirmación diagnóstica y tratamiento. En dichos módulos se diagnosticó a 139 mujeres con cáncer *in situ* o invasor, quienes fueron referidas a centros oncológicos de los Servicios Estatales de Salud para su atención especializada.

Adicionalmente, durante la segunda y tercera Semanas Nacionales de Salud, se aplicó a niñas la vacuna contra el virus del papiloma humano; las metas se han cumplido en más de 95%, a lo que se agrega que la continuidad del esquema conformado por 2 dosis fue de 99.5% (cuadro VIII.14).

Salud de la población adolescente

Desde 1998 el Programa IMSS-PROSPERA realiza esfuerzos para atender la salud de la población adolescente del medio rural e indígena, para lo cual continúan en operación 3,685 Centros de Atención Rural al Ado-

lescente (CARA), ubicados en 3,606 Unidades Médicas Rurales y 79 Hospitales Rurales.

En alineación con los objetivos de la Estrategia Nacional de Prevención del Embarazo en Adolescentes (ENAPEA), en 2017 IMSS-PROSPERA redujo en 10.82% (5,534) el número de embarazos en este grupo, al pasar de 51,168 adolescentes embarazadas en el 2016 a 45,634 en el 2017 (cuadro VIII.15).

Para contribuir a la prevención de embarazos en este grupo, en el último año IMSS-PROSPERA efectuó 18 encuentros juveniles de prevención del embarazo, con la participación de 23,648 adolescentes, en los que abordó la anticoncepción, prevención del embarazo no planeado, fortalecimiento de la autoestima y masculinidades, entre otros.

Una línea adicional fue la capacitación de jóvenes en primarias, secundarias y preparatorias. En el 2017 se ofrecieron cursos en prevención del embarazo no

CUADRO VIII.15.
Atención al embarazo adolescente, 2017

Rango de edad	Adolescentes embarazadas en control prenatal		
	2016 Casos	2017	
		Casos	Variación porcentual
10 a 14 años	3,772	3,234	-14.26
15 a 19 años	47,396	42,400	-10.54
Total 10 a 19 años	51,168	45,634	-10.82

Fuente: Sistema de Información en Salud para Población Adscrita (SISPA).

CUADRO VIII.14.

Logros de la vacunación contra el virus del papiloma humano durante las Semanas Nacionales de Salud (SENAS), 2015-2017

Semana Nacional de Salud	Meta	Logro	Porcentaje	Continuidad de esquema (1ª / 2ª dosis)
Tercera SNS 2015 (1ª dosis)	138,201	135,254	97.9	98.60%
Segunda SNS 2016 (2ª dosis)	144,075	138,809	96.3	98.60%
Tercera SNS 2016 (1ª dosis)	144,105	138,756	96.3	99.50%
Segunda SNS 2017 (2ª dosis)	143,680	138,075	96.1	99.50%
Tercera SNS 2017 (1ª dosis)	143,780	138,095	96.0	-

Nota: Para el ejercicio 2016 se incrementa la meta, debido a que se incorporan 10 Delegaciones.

Fuente: Reporte SENAS IMSS-PROSPERA.

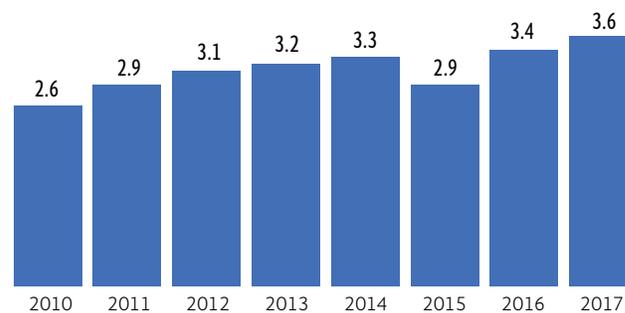
planeado a 332,493 adolescentes en escuelas; en tanto que 448,034 fueron capacitados en prevención de adicciones a través de los Centros de Atención Rural al Adolescente de IMSS-PROSPERA.

DetECCIÓN OPORTUNA DE DIABETES MELLITUS E HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTÉMICA

En 2017 IMSS-PROSPERA efectuó 3'613,422 detecciones de diabetes mellitus y 4'622,610 de hipertensión arterial, con lo que se logró diagnosticar a 11,224 y 11,612 nuevos pacientes, respectivamente (gráficas VIII.12 y VIII.13). Esto favorece la instauración de medidas terapéuticas en una etapa temprana y disminuye el riesgo de complicaciones graves o la muerte. Al final de 2017, el Programa mantuvo en control periódico a 230,150 personas en tratamiento por diabetes mellitus y a 251,327 por hipertensión arterial (gráfica VIII.14). Además, identificó a 4,867 individuos con prediabetes, que tienen la oportunidad de recibir una intervención orientada a retrasar el desarrollo de la enfermedad.

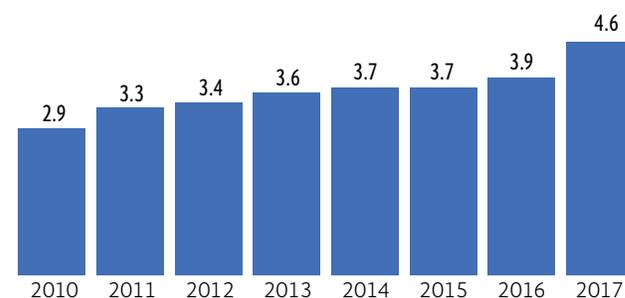
En el mismo año, integrantes de la red comunitaria realizaron 403,219 identificaciones de personas sospechosas de diabetes y 396,866 derivaciones a las unidades médicas para su diagnóstico y atención. Como ac-

GRÁFICA VIII.12.
Detecciones de diabetes mellitus, 2010-2017
(millones)



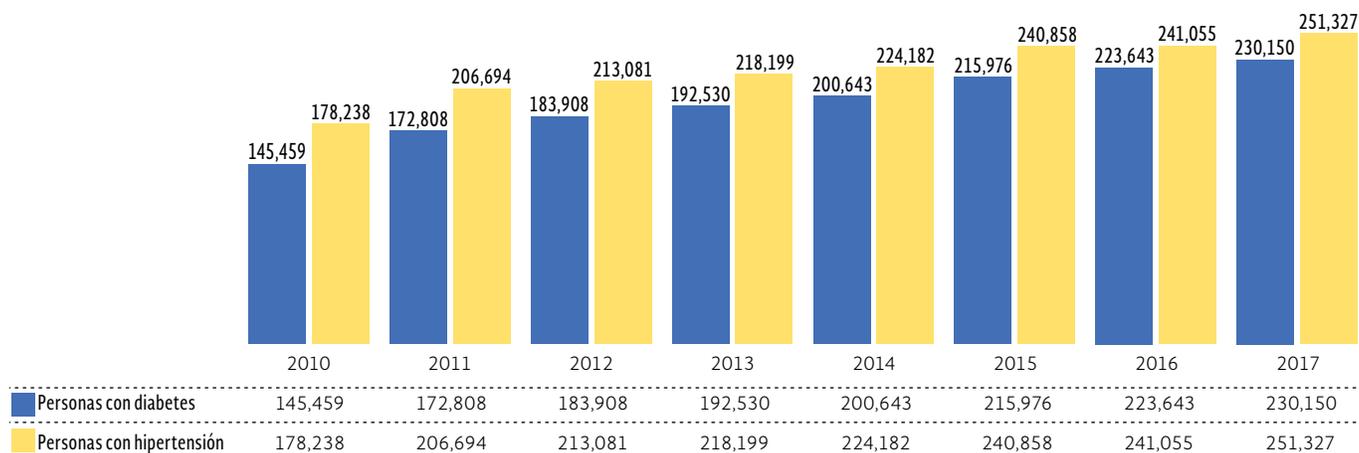
Fuente: SISPA, 2010-2017.

GRÁFICA VIII.13.
Detecciones de hipertensión arterial, 2010-2017
(millones)



Fuente: SISPA, 2010-2017.

GRÁFICA VIII.14.
Personas con diabetes e hipertensión, registradas en tratamiento, 2010-2017



Fuente: SISPA, 2010-2017.

tividad complementaria llevaron a cabo 92,919 talleres comunitarios sobre el determinante alimentación, que incluye los temas de síndrome metabólico, sobrepeso y obesidad, diabetes, hipertensión y dislipidemias; a los que asistieron 1'487,624 personas. De igual forma realizaron 44,869 talleres de actividad física en los que se contó con 744,535 participantes.

Respecto a la diabetes mellitus en adolescentes con obesidad, se realizaron 49,891 detecciones con notificación de 36 casos nuevos del Tipo 1 (CIE10 E10) y 40 casos nuevos de diabetes mellitus no insulino dependiente Tipo 2 (CIE10 E11-E14), los cuales se encuentran en tratamiento.

Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud

Durante 2017 se mantuvo la vigilancia epidemiológica de las Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud (IAAS), antes conocidas como Infecciones Nosocomiales. Como resultado del monitoreo permanente de su ocurrencia en los 80 Hospitales Rurales del Programa, se mantuvo la tasa dentro del rango esperado de 0.5 a 5 casos por cada 100 egresos, lo que permitió con-

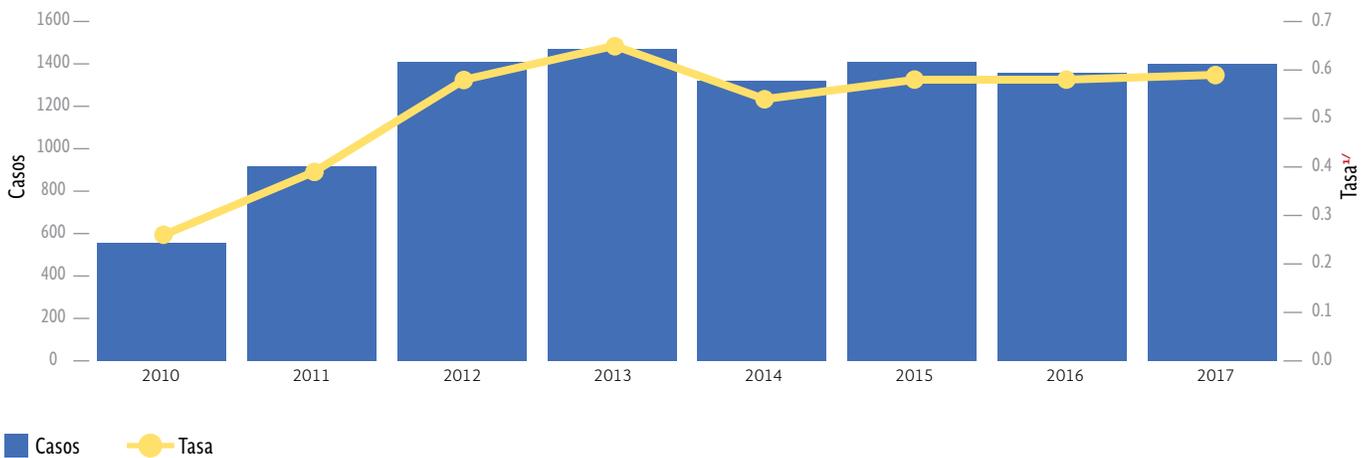
tribuir al cumplimiento de las metas internacionales de seguridad del paciente, específicamente la meta 5, cuyo objetivo es reducir el riesgo de infecciones nosocomiales (gráfica VIII.15).

Las tasas por servicio fueron: Cirugía 0.98, Cuidados Especiales del Neonato 0.96, Ginecología 0.94, Medicina Interna 0.84, Pediatría 0.36, y Obstetricia 0.36 casos por cada 100 egresos. El lugar donde predominaron las IAAS fueron las heridas quirúrgicas (35.62%), flebitis (16.6%), y piel y tejidos blandos (11.44%), porcentajes coincidentes con otras instituciones y el sector.

Encuentros Médico-Quirúrgicos

Con casi 22 años de vigencia, los Encuentros Médico-Quirúrgicos (EMQ) surgieron ante la necesidad de ampliar los servicios médicos que se otorgan en los Hospitales Rurales del Programa, con servicios de alta especialidad del IMSS a la población que vive en condiciones de marginación y pobreza. En muchos casos, estos Encuentros son el único medio para que las personas que habitan en las áreas más alejadas del país puedan ser valoradas y atendidas en especialidades que, de otra

GRÁFICA VIII.15.
Casos y tasas de infecciones asociadas a la atención de la salud, 2010-2017

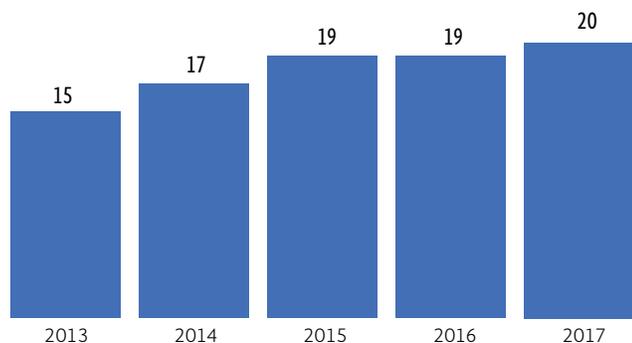


*/ Tasa por 100 mil habitantes.
Fuente: SISPA, 2010-2017.

manera, sólo podrían atenderse con un significativo impacto en su economía.

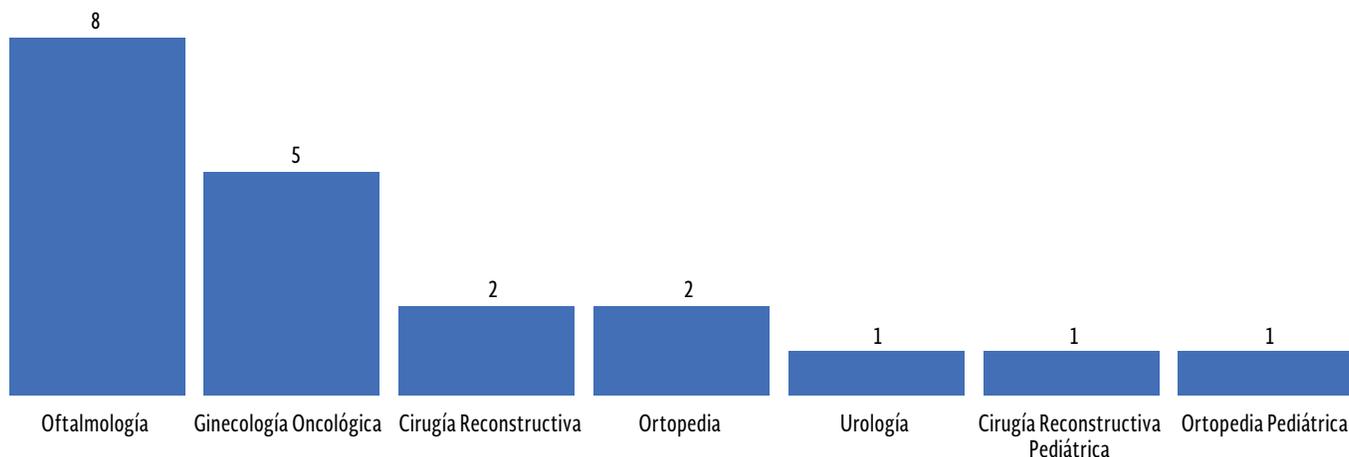
En estos años los Encuentros Médico-Quirúrgicos han incorporado las especialidades de Oftalmología, Ginecología Oncológica, Cirugía Reconstructiva, Urología y Cirugía Pediátrica. En 2017 se realizaron los primeros encuentros en las especialidades de Ortopedia, Cirugía Reconstructiva Pediátrica y Ortopedia Pediátrica. En este año, en coordinación con la Dirección de Prestaciones Médicas del IMSS, se realizaron 20 Encuentros (gráficas VIII.16 y VIII.17), donde se valoró a 10,386 personas y se efectuaron 3,663 procedimientos quirúrgicos.

GRÁFICA VIII.16.
Encuentros Médico-Quirúrgicos efectuados, 2013-2017



Fuente: Unidad del Programa IMSS-PROSPERA.

GRÁFICA VIII.17.
Encuentros Médico-Quirúrgicos efectuados en 2017

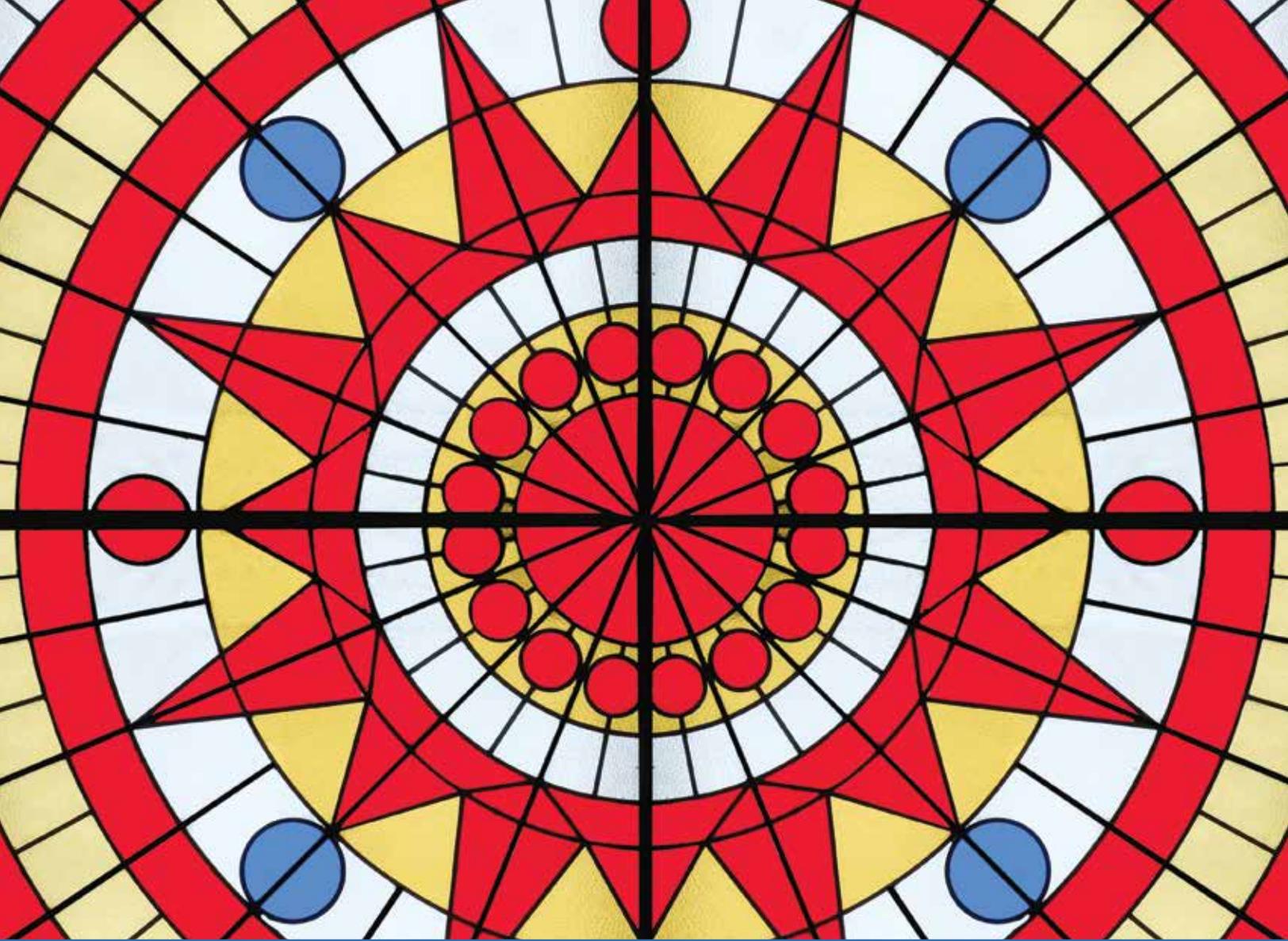


Fuente: Unidad del Programa IMSS-PROSPERA.

Estudios de satisfacción

Por cuarto año, el Programa IMSS-PROSPERA dio continuidad a las encuestas de satisfacción en el servicio de Urgencias de sus hospitales y de surtimiento de medicamentos en sus Unidades Médicas Rurales; asimismo, por primer año, se efectuó la encuesta de satisfacción en el servicio de Consulta Externa. En 2017 estos estudios tuvieron una representatividad nacional y delegacional, lo que permitió equiparar avances y áreas de oportunidad por Delegación. Además, se mantuvo la participación de los Avaluos Ciudadanos de las unidades médicas en la aplicación del cuestionario de surtimiento y del personal de Trabajo Social, en el caso de los hospitales.

De los resultados destaca que 72% de las urgencias calificadas fue atendida en los hospitales en menos de 15 minutos (mismo resultado obtenido en 2016) y 91 de cada 100 personas usuarias están “muy satisfechas” o “satisfechas” con la atención médica recibida; en la Consulta Externa 4 de cada 10 pacientes solicitaron el servicio el mismo día, con un tiempo de espera de 1 a 50 minutos, quedando 9 de cada 10 personas usuarias “muy satisfechas” o “satisfechas” con la atención médica recibida. Respecto al surtimiento de medicamentos, 87 de cada 100 recetas fue surtida en su totalidad.



Reservas y Fondo Laboral

Capítulo IX

Para garantizar la cobertura oportuna de los gastos actuales y futuros, asociados al pago de beneficios y a la prestación de los servicios derivados de los seguros que se establecen en el Artículo 11 de la Ley del Seguro Social, desde 2001 el IMSS ha constituido reservas financieras que son invertidas a fin de obtener un balance adecuado entre el rendimiento, riesgo y liquidez. Adicionalmente, el Instituto administra los recursos del Fondo para el Cumplimiento de Obligaciones Laborales de Carácter Legal o Contractual (Fondo Laboral), para cubrir la jubilación de sus trabajadores¹¹⁸.

En la primera sección de este capítulo se describen la estructura y el régimen de inversión de las reservas y Fondo Laboral, conforme al marco normativo aplicable.

¹¹⁸ Trabajadores contratados hasta el 27 de junio de 2008.

En la segunda, se detallan los logros alcanzados en 2017, a partir de las diferentes estrategias y mecanismos de inversión implementados.

IX.1. Antecedentes

IX.1.1. Estructura de las reservas y Fondo Laboral

Las reservas que el IMSS debe constituir para garantizar el cumplimiento de sus obligaciones como asegurador son las siguientes:

- Reservas Operativas (RO).
- Reservas Financieras y Actuariales (RFA).
- Reserva de Operación para Contingencias y Financiamiento (ROCF).
- Reserva General Financiera y Actuarial (RGFA).

Por su parte, el Fondo Laboral se constituye con los recursos que el Instituto administra para cumplir sus obligaciones como patrón y hacer frente a la jubilación de sus trabajadores.

La ROCF y la RGFA, al igual que el Fondo Laboral, son globales, a diferencia de las RO y las RFA, en las que

se debe constituir una reserva por cada uno de los siguientes seguros y coberturas:

- Seguro de Enfermedades y Maternidad (SEM).
- Gastos Médicos para Pensionados (GMP).
- Seguro de Invalidez y Vida (SIV).
- Seguro de Riesgos de Trabajo (SRT).
- Seguro de Guarderías y Prestaciones Sociales (SGPS).
- Seguro de Salud para la Familia (SSFAM).

La estructura de las reservas y Fondo Laboral, de acuerdo con los Artículos 280, 281, 283, 284, 285 y 286 K de la Ley del Seguro Social, se resume en la gráfica IX.1.

En la Ley del Seguro Social se establece que las metas de los montos que se dediquen cada año a las RFA, la RGFA y el Fondo Laboral, se fijan dentro del Presupuesto de Egresos de la Federación.

En el caso del Seguro de Retiro, Cesantía en Edad Avanzada y Vejez (SRCV), la administración de los recursos está a cargo de las Administradoras de Fondos para el Retiro (Afore). Por ello, para este, el IMSS no tiene necesidad de constituir y/o administrar reserva alguna.

El propósito de cada una de las reservas y Fondo Laboral se detalla en el cuadro IX.1.

GRÁFICA IX.1.
Estructura de las reservas y Fondo Laboral



Fuente: Ley del Seguro Social.

CUADRO IX.1.

Propósitos de las reservas y Fondo Laboral

Reserva/Fondo	Propósito
RO	Cubrir el pago de prestaciones, gastos administrativos y la constitución de las RFA, la ROCF y la RGFA.
ROCF	Procurar estabilidad en la operación del IMSS y cumplir las metas señaladas en el PEF ^{1/} . En caso de registrar recursos excedentes al cierre de un ejercicio, estos se pueden utilizar en programas prioritarios de inversión. Adicionalmente, la ROCF puede financiar a las RO con aprobación del H. Consejo Técnico.
RFA	Hacer frente a eventos catastróficos, caídas significativas en ingresos o aumento en egresos por problemas epidemiológicos o económicos severos y de larga duración. Sus recursos pueden destinarse únicamente para uso en el seguro para el cual fueron creadas, con aprobación del H. Consejo Técnico.
RGFA	Hacer frente a eventos catastróficos, caídas significativas en ingresos o aumento en egresos por problemas epidemiológicos o económicos severos y de larga duración.
Fondo Laboral	Cubrir los costos del Régimen de Jubilaciones y Pensiones. Se registra en dos cuentas: 1) Cuenta de Otras Obligaciones Laborales. 2) Cuenta Especial para el Régimen de Jubilaciones y Pensiones, la cual se integra por dos subcuentas: a) Subcuenta 1: se utiliza para el pago de las jubilaciones y pensiones de trabajadores que ingresaron al IMSS hasta el 15 de octubre de 2005. b) Subcuenta 2: se utiliza para fondear el pago de las pensiones de trabajadores que ingresaron al IMSS entre el 16 de octubre de 2005 y el 27 de junio de 2008.

^{1/} Presupuesto de Egresos de la Federación.

Fuente: Dirección de Finanzas, IMSS.

IX.1.2. Régimen de inversión

La Ley del Seguro Social, además de establecer las principales pautas para la inversión de las reservas y el Fondo Laboral, señala que el Reglamento¹¹⁹ determina las disposiciones generales aplicables en materia de inversión de los recursos institucionales. Con base en estos documentos, el H. Consejo Técnico emitió, el 30 de octubre y el 11 de diciembre de 2013, los Lineamientos y las Políticas y Directrices para la inversión¹²⁰ de las reservas y el Fondo Laboral, en los cuales se especifican los requisitos, así como los límites de inversión y de riesgos financieros.

Las Políticas y Directrices se modificaron y aprobaron por el H. Consejo Técnico el 25 de enero de 2017, debido al cambio en el cálculo para la estimación del riesgo de crédito, con el objetivo de robustecer la metodología.

En el cuadro IX.2 se especifica el régimen de inversión al cual están sujetas las reservas y la Subcuenta 2 del Fondo Laboral¹²¹.

IX.2. Inversión de las reservas y Fondo Laboral

IX.2.1. Evolución de las reservas y Fondo Laboral

El saldo de las reservas y Fondo Laboral se afecta por las aportaciones, ingresos, usos y la generación de productos financieros. La gráfica IX.2 muestra la evolución del

119 Reglamento de la Ley del Seguro Social para la Constitución, Inversión y Uso para la Operación de las Reservas Financieras y Actuariales y la Reserva General Financiera y Actuarial, así como para la Determinación de los Costos Financieros que deberán reintegrarse a la Reserva de Operación para Contingencias y Financiamiento, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 20 de agosto de 2013.

120 Lineamientos para la inversión de las Reservas Operativas y la Reserva de Operación para Contingencias y Financiamiento; Políticas y Directrices para la inversión de la Reserva General Financiera y Actuarial y las Reservas Financieras y Actuariales, y Políticas y Directrices para la inversión del Fondo para el Cumplimiento de Obligaciones Laborales de Carácter Legal o Contractual.

121 La Subcuenta 1 del Fondo Laboral no tiene un régimen de inversión específico; dados los usos de sus recursos realizados desde 2009, es la Comisión de Inversiones Financieras quien aprueba los montos a invertir, los plazos, así como los tipos de instrumentos financieros en que se deberá invertir esta subcuenta.

CUADRO IX.2.

Límites por régimen de inversión de las reservas y Subcuenta 2 del Fondo Laboral^{1/}

(porcentajes, años)

Clase de Activo	RO	ROCF	RGFA	RFA				Subcuenta 2
				SIV	SRT	GMP	SEM	
Deuda gubernamental	100	100	100	100	100	100	100	100
Deuda bancaria	100	100	100	100	100	100	100	100
Deuda corporativa	25	25	25	25	25	25	25	25
Valores extranjeros reconocidos en México			30	30	30	30	30	30
Acciones de empresas afines				100	100			
Mercado accionario				25	25			25
Moneda extranjera	100	100	30	30	30	30	30	30
Plazo máximo	1 año	1 año	1 año^{2/}					
Duración máxima				5 años	5 años	2 años	2 años	sin límite

^{1/} Régimen de inversión vigente a partir del 28 de enero de 2014, fecha de entrada en vigor de los Lineamientos, Políticas y Directrices para la inversión.

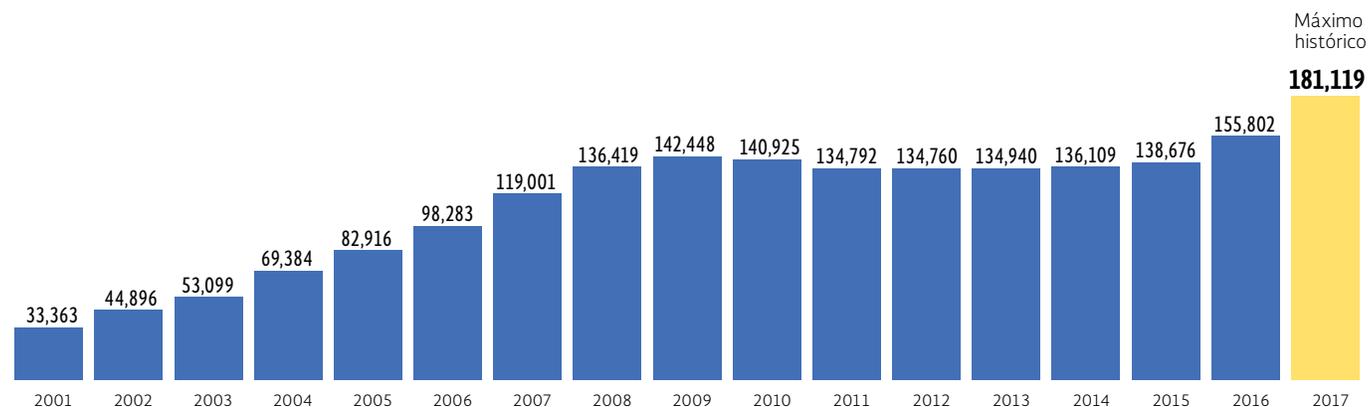
^{2/} El plazo máximo para la RGFA será de 1 año en instrumentos de deuda bancaria y corporativa, y cualquier plazo para instrumentos de deuda gubernamental.

Fuente: Dirección de Finanzas, IMSS.

GRÁFICA IX.2.

Evolución del saldo contable de las reservas y Fondo Laboral, 2001-2017

(millones de pesos al cierre de cada año)



Fuente: Dirección de Finanzas, IMSS.

saldo contable, en el que destaca el saldo de las reservas y Fondo Laboral al cierre de 2017, el cual nuevamente alcanzó máximo histórico de 181,119 millones de pesos. Superando incluso el máximo histórico previo, alcanzado en 2016 de 155,802 millones de pesos.

La Subcuenta 2 del Fondo Laboral, constituida para fondear el pago de las pensiones de trabajadores que ingresaron al IMSS entre el 16 de octubre de 2005 y el 27 de junio de 2008, crece de forma importante

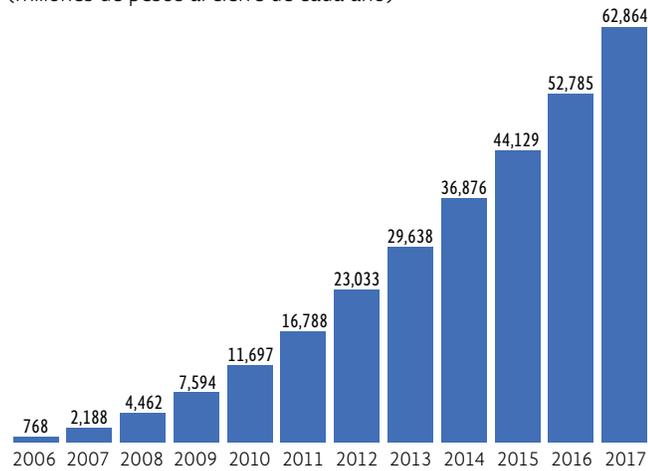
por las aportaciones quincenales de los trabajadores (200 millones de pesos aproximadamente). La gráfica IX.3 presenta la evolución anual del saldo contable desde su constitución en marzo de 2006 hasta 2017.

El cuadro IX.3 resume las variaciones en los saldos de cada reserva, así como del Fondo Laboral, entre las cuales destaca el incremento por 25,317 millones de pesos al cierre del ejercicio 2017 con respecto al año anterior, derivado, entre otras cosas, del superávit de

GRÁFICA IX.3.

Evolución del saldo de la Subcuenta 2 del Fondo Laboral, 2006-2017

(millones de pesos al cierre de cada año)



Fuente: Dirección de Finanzas, IMSS.

CUADRO IX.3.

Posición de las reservas y Fondo Laboral

(millones de pesos corrientes)

Reservas/Fondo	2013	2014	2015	2016	2017
RO	10,982	7,620	7,695	3,607	5,922
ROCF	7,275	10,656	11,011	18,992	25,098
RGFA	3,256	3,601	3,957	4,352	4,880
RFA ^{1/}	83,695	77,240	71,762	75,939	82,219
GMP	607	646	671	702	752
SRT	9,682	10,455	11,243	12,141	13,313
SIV	12,762	15,589	16,619	17,771	19,258
SEM	60,644	50,550	43,229	45,324	48,896
Fondo Laboral	29,732	36,992	44,251	52,913	63,000
Subcuenta 1	94	116	122	128	136
Subcuenta 2	29,638	36,876	44,129	52,785	62,864
Total	134,940	136,109	138,676	155,802	181,119

^{1/} En las Reservas Financieras y Actuariales del Seguro de Invalidez y Vida y del Seguro de Riesgos de Trabajo se incluyen los valores contables de la posición en la Afore XXI Banorte, en donde el Instituto posee una participación de 50% del capital social.

Fuente: Dirección de Finanzas, IMSS.

9,420 millones de pesos, así como de no haber sido necesario hacer uso de reservas para enfrentar compromisos institucionales.

En el cuadro IX.4 se presenta el detalle de las aportaciones, intereses y usos de las reservas, así como

del Fondo Laboral. Como se observa, el no haber usado reservas, así como el superávit logrado, tiene como resultado un crecimiento en el saldo de 116% en 2017 respecto a 2016. Lo anterior fue posible gracias a la estrategia de saneamiento financiero implementada en la presente Administración.

IX.2.2. Asignación estratégica de activos

El Instituto realiza la inversión de los portafolios de las reservas y Fondo Laboral de acuerdo con el proceso integral de inversión¹²² establecido en la normatividad en materia de inversiones financieras. Dicho proceso consiste en la definición de estrategias de inversión, su implementación y diferentes fases entre las que se encuentran la asignación estratégica y táctica de activos, el control de las operaciones, la administración de riesgos financieros y la evaluación del desempeño de los portafolios.

La asignación estratégica de activos es la guía para realizar las operaciones de inversión, la cual toma en cuenta el perfil de las reservas y Fondo, las expectativas económicas y las estimaciones de usos, entre otros. A fin de ser acorde con las condiciones del mercado, la asignación estratégica de activos es revisada anualmente; sin embargo, si se prevén cambios relevantes en el contexto económico o en los portafolios, ésta puede ser revisada con mayor periodicidad. En enero de 2017, la Comisión de Inversiones Financieras aprobó la asignación estratégica para dicho ejercicio.

La asignación estratégica de activos para 2017 contempló:

- i) Incrementar posiciones en deuda gubernamental, que representan un menor riesgo de crédito, dado el contexto de incertidumbre en los mercados financieros por las políticas que pudiera implementar la nueva administración en Estados Unidos, la volatilidad generada por eventos geopolíticos (como la tensión Norcorea-Estados Unidos) y por la renegociación del Tratado de Libre Comercio de América del Norte.

¹²² La descripción detallada del proceso integral de inversión de las reservas y el Fondo Laboral se presenta en el Anexo E de este Informe.

CUADRO IX.4.
Aportaciones, intereses y usos de las reservas y Fondo Laboral^{1/}

(millones de pesos)

Concepto	2013	2014	2015	2016	2017
ROCF (A)	419	381	348	476	13,558
Intereses	419	381	348	476	1,729
Aportaciones de inversión física y superávit ^{2/}	-	-	-	-	11,829
RGFA (B)	371	364	355	395	485
Intereses	139	140	124	184	287
Cuotas de la industria de la construcción	232	224	232	211	198
RFA (C)	8,929	4,711	4,285	3,767	5,681
Intereses	8,929	4,711	4,285	3,767	5,681
Subcuenta 1 (D)	389	8	5	4	8
Intereses	389	8	5	4	8
Subcuenta 2 (E)	6,278	6,793	6,950	7,694	8,275
Intereses	1,425	1,874	1,990	2,755	3,366
Aportación de trabajadores	4,853	4,919	4,961	4,939	4,909
Suma Intereses de reservas y Fondo Laboral (F)=(A+B+C+D+E)	16,386	12,257	11,943	12,337	28,007
Uso de reservas y Fondo Laboral (G)	11,141	12,557	8,653	-	-
Resultado (F-G)	5,245	-300	3,290	12,337	28,007
RO (H)^{3/}	572	550	749	1,627	2,196
Intereses	572	550	749	1,627	2,196
Resultado H+ (F-G)	5,817	250	4,039	13,963	30,202

^{1/} Los intereses consideran únicamente el efectivo que ingresa en el flujo de las reservas y fondos por la inversión de recursos, así como los costos financieros de los préstamos y/o fondeos entre ROCF y RO.

^{2/} En 2017, de conformidad con el Artículo 277 C de la Ley del Seguro Social se realizaron las siguientes aportaciones: 5,441 millones de pesos para Programas Prioritarios de Inversión Física de ejercicios posteriores y se registró por primera vez un superávit de 6,388 millones de pesos que corresponde al ejercicio de 2016, resultado del saneamiento financiero del Instituto.

^{3/} En Informes anteriores, la exclusión de las RO deriva de que su objetivo es cumplir con el flujo que requiere el Instituto para la operación diaria y no persigue una meta de crecimiento establecida; en el presente Informe se opta por incluir los intereses cobrados, ya que forman parte de los productos financieros.

Fuente: Dirección de Finanzas, IMSS.

ii) Privilegiar la tasa real, considerando el riesgo de incremento en la inflación, derivado principalmente de la liberalización de precios de la gasolina a inicios del año, que pudieran llevar el indicador, al cierre de 2017, a niveles superiores a 5%. Lo anterior aunado a la afectación del tipo de cambio, que en 2016 tuvo una depreciación de 19%.

iii) Continuar con la inversión en tasa revisable como estrategia defensiva ante la continuidad de alzas en la tasa de referencia¹²³, como la observada en 2016, en línea con la probabilidad de incrementos

en el rango objetivo de la tasa de interés de los fondos federales de la Reserva Federal de Estados Unidos.

iv) Realizar inversiones prudentiales en instrumentos de tasa fija, aprovechando escenarios de caída en sus precios y creando posiciones que incorporen implícitamente el incremento esperado en inflación.

El cuadro IX.5 presenta la asignación estratégica para 2017 por clase y subclase de activos para las reservas.

¹²³ Tasa de Interés Interbancaria a un día, determinada por el Banco de México.

Adicionalmente, a fin de fomentar la maximización de los rendimientos de las inversiones, bajo un escenario de riesgos acotados, se han implementado diversas estrategias:

- i) Gestión activa de las inversiones, que consiste en aprovechar los movimientos del mercado mediante la precisión en los momentos de compra y venta de instrumentos con objeto de generar mayores productos financieros.
- ii) Negociación de transacciones a través de sistemas electrónicos de colocación de posturas, que transparentan y aseguran las operaciones, conforme a las mejores prácticas del sistema financiero.
- iii) Control de los montos de las inversiones, con objeto de evitar distorsiones en el mercado por el volumen de las transacciones.
- iv) Diversificación de las inversiones, en particular

mediante la inversión en mercado accionario a través de mandatos.

- v) Mejora del proceso integral de inversión y reducción de riesgos a través de la implementación de nuevos controles y procedimientos operativos.
- vi) Fortalecimiento de la estructura profesional, mediante la obligación de certificación de los operadores de inversiones.

IX.2.3. Mandatos de inversión¹²⁴

En abril de 2016, el Instituto inició la inversión en el mercado accionario local a través de mandatos¹²⁵ en la Subcuenta 2 del Fondo Laboral, bajo un horizonte de largo plazo, como parte de los esfuerzos para diversificar y mejorar la relación rendimiento-riesgo, así como lograr la suficiencia financiera de la subcuenta.

El desempeño de los mandatos se evalúa diariamente de manera cualitativa y cuantitativa, conside-

¹²⁴ Un mandato es un contrato que consiste en segregarse una parte del portafolio de inversión para invertir los recursos a través de un tercero experto, denominado mandatario.

¹²⁵ La inversión a través de dicha figura se rige por las estrategias, políticas, régimen de inversión y parámetros de riesgo aprobados por la Comisión de Inversiones Financieras.

CUADRO IX.5.
Asignación estratégica de activos 2017 por clase y subclase^{1/}
(porcentajes)

Clase de activo	RGFA	RFA GMP	RFA SEM	RFA SIV	RFA SRT	Subcuenta 2
	mín / máx					
Deuda gubernamental	40 / 80	55 / 80	15 / 60	10 / 35	10 / 35	40 / 65
Deuda bancaria	20 / 30	10 / 30	30 / 60	10 / 20	10 / 20	15 / 30
Deuda corporativa	0 / 20	10 / 15	5 / 10	15 / 20	15 / 20	15 / 20
Afore XXI Banorte				45	45	
Acciones ^{2/}						3 / 8
Subclase de activo	mín / máx					
Fondeo	0 / 5	0 / 5	5 / 35	0 / 5	0 / 5	5 / 15
Tasa fija	15 / 40	10 / 30	5 / 30	25 / 35	25 / 35	30 / 40
Tasa real	10 / 40	10 / 40	10 / 30	10 / 40	10 / 40	50 / 60
Tasa revisable	15 / 70	35 / 65	20 / 55	25 / 45	25 / 45	0 / 10
Acciones ^{2/}						3 / 8

^{1/}La asignación estratégica de activos 2017 estuvo vigente hasta el 10 de enero de 2018. Conforme a las Políticas y Directrices para la inversión del Fondo Laboral y los Lineamientos para la inversión de las RO y la ROCF, la inversión de los recursos remanentes de la Subcuenta 1 del Fondo Laboral, así como la inversión de los recursos de las RO y la ROCF, no están sujetas a la asignación estratégica, por lo que no se incluyen en este cuadro.

^{2/}Inversión en mercado accionario local a través de mandatos de inversión.

Fuente: Dirección de Finanzas, IMSS.

rando medidas de riesgo y rendimiento, entre otros aspectos, conforme a los lineamientos¹²⁶ establecidos específicamente para estas inversiones. Como resultado del desempeño positivo de la inversión y a fin de evitar su dilución por el crecimiento natural de la Subcuenta por aportaciones de los trabajadores y productos financieros, en abril de 2017 se incrementó la posición en mandatos de la Subcuenta referida de 4.04% a 5.01%.

Al cierre de 2017, los mandatos representaron 4.6% de dicha Subcuenta y alcanzaron un rendimiento anual de 10.97%, superando en 48 puntos base a su referencia establecida (el Índice de Rendimiento Total de la Bolsa Mexicana de Valores) y en 284 puntos base al Índice de Precios y Cotizaciones, principal referente del mercado accionario local. A pesar del repunte de la inflación en 2017, que alcanzó su nivel más alto en 17 años (6.77%), el rendimiento real de la inversión en mandatos ascendió a 3.93%, superando el rendimiento objetivo de 3.70% de la Subcuenta 2 del Fondo Laboral.

IX.2.4. Afore XXI Banorte

El Instituto, como pilar fundamental de la seguridad social del país, participa desde hace 20 años en la industria de la administración de fondos para el retiro, a través de la inversión estratégica en la Afore XXI Banorte, periodo durante el cual ha fortalecido su inversión, al contar con 50% de las acciones de la citada Afore (gráfica IX.4).

La inversión en la Afore XXI Banorte ha representado al Instituto una rentabilidad promedio anual de 8.5% en los últimos 5 años, de acuerdo con los dividendos recibidos.

Al cierre de 2017, Afore XXI Banorte mantuvo el primer lugar en recursos administrados con 23% del total en la industria, y el segundo lugar en número de cuentas, con 19% (cuadro IX.6).

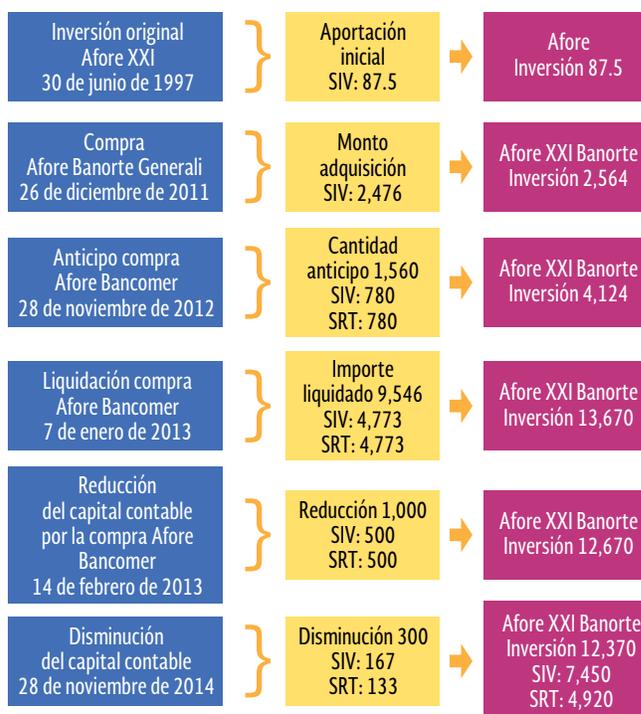
De acuerdo con la estrategia de la Comisión Nacional del Sistema de Ahorro para el Retiro, de fomentar la competencia entre las Administradoras de Fondos para

¹²⁶ Lineamientos que deberán ser considerados al realizar inversiones a través de Mandatos de inversión, aprobados por el H. Consejo Técnico el 27 de agosto de 2014.

GRÁFICA IX.4.

Cronología de la inversión en Afore XXI Banorte

(millones de pesos)



Fuente: Dirección de Finanzas, IMSS.

el Retiro, a través de la reducción de comisiones que estas cobran a sus afiliados, en 2018 Afore XXI Banorte se sitúa como la tercera administradora privada con la comisión más baja de la industria (0.99%), después de Inbursa (0.97%) y Banamex (0.98%). La tendencia de reducción de la comisión de Afore XXI Banorte en los últimos 10 años se observa en la gráfica IX.5.

Para incrementar la rentabilidad de los fondos de ahorro para el retiro de los trabajadores afiliados, en 2017 Afore XXI Banorte amplió la diversificación de sus inversiones a través de cuatro mandatos en los mercados de Asia-Pacífico. Con esto, Afore XXI Banorte es la segunda con mayor número de mandatos de inversión en la industria de tres Afores que cuentan con estos, y para 2018 espera incursionar en mandatos enfocados

CUADRO IX.6.

Cuentas y recursos administrados por las Afore

(cifras al 31 de diciembre de 2017)¹⁷

Recursos (millones de pesos)			Cuentas de trabajadores		
Lugar	Afore	Recursos	Lugar	Afore	Número de cuentas
1	XXI Banorte	732,700	1	Banamex	10,663,954
2	Banamex	568,739	2	XXI Banorte	9,616,308
3	SURA	468,135	3	Coppel	8,791,525
4	Profuturo	440,937	4	SURA	7,282,152
5	PensionISSSTE	194,901	5	Profuturo	3,913,300
6	Invercap	181,434	6	Principal	2,694,046
7	Coppel	178,401	7	Invercap	2,393,904
8	Principal	158,234	8	Azteca	2,162,144
9	Inbursa	114,662	9	PensionISSSTE	2,076,353
10	Metlife	72,832	10	Inbursa	1,061,238
11	Azteca	58,216	11	Metlife	701,645
		3,169,190	Total	51,356,569	

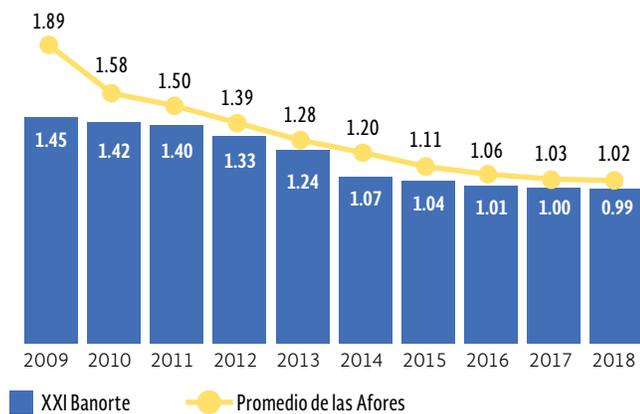
¹⁷ No incluyen cuentas ni recursos administrados por Afore XXI Banorte como prestadora de servicios (administración de cuentas individuales con recursos depositados en el Banco de México).

Fuente: Comisión Nacional del Sistema de Ahorro para el Retiro.

GRÁFICA IX.5.

Comisiones sobre saldo, Afore XXI Banorte vs. el promedio del sistema, 2009-2018

(porcentajes)



Fuente: Comisión Nacional del Sistema de Ahorro para el Retiro.

en *commodities* (mercancías). Las estrategias de diversificación de las inversiones han redituado a Afore XXI Banorte, que en 2017 alcanzó un rendimiento anual de 10.02%¹²⁷, el cuarto mejor rendimiento de la industria y arriba del promedio del sistema (9.84%).

¹²⁷ Fuente: Boletín de prensa 16/2018, Comisión Nacional del Sistema de Ahorro para el Retiro.

Con objeto de impulsar el ahorro voluntario entre los afiliados y mejorar las pensiones para su retiro, Afore XXI Banorte se ha apoyado en diversos canales para incrementar la captación de aportaciones voluntarias, tales como ventanillas, domiciliación electrónica, tiendas de conveniencia, retenciones patronales, plataformas móviles y transferencias electrónicas. Lo anterior le permitió obtener en 2017 la mayor captación de ahorro voluntario de la industria, 64% superior a 2016.

Como parte de la estrategia de diversificación de negocios y generación de ingresos, Afore XXI Banorte incrementó 19% la captación de recursos en los fondos de previsión social¹²⁸ que administra, siendo esta la única Afore que maneja este tipo de fondos en la industria.

IX.2.5. Rendimientos financieros en 2017

Al cierre de 2017, se logró un rendimiento de 8.04%, superior al año previo en 200 puntos base, como se muestra en el cuadro IX.7. El incremento se explica prin-

¹²⁸ Recursos de entidades públicas y privadas administrados por Afore XXI Banorte.

principalmente por una estrategia de inversión más dinámica, así como la precisión en la toma de decisiones en los momentos oportunos, que permitió aprovechar los movimientos al alza en las tasas de referencia.

En 2017, y principalmente como resultado de la estrategia activa en las inversiones, se logró un nuevo máximo histórico de 15,501 millones de pesos en productos financieros contables, superando incluso en 49% al obtenido en 2016 (de 10,389 millones de pesos), como se muestra en la gráfica IX.6, lo que permitió superar el presupuesto 2017 en 131%, que consideraba 6,706 millones de pesos.

Los productos financieros logrados contribuyeron para alcanzar cifras históricas en la acumulación de reservas por 173,842 millones de pesos en saldos de inversión y en contables¹²⁹ por 181,119 millones de pesos, los más altos obtenidos desde la constitución de las reservas y fondos, como se aprecia en la gráfica IX.7.

IX.2.6. Riesgos financieros de las inversiones institucionales

Como parte del proceso integral de inversión, la administración de riesgos financieros se realiza bajo las mejores condiciones, mediante criterios de diversificación

¹²⁹ Se integra principalmente por el saldo de inversión, los intereses devengados no cobrados, la provisión de dividendos por cobrar (por la inversión en Afore XXI Banorte) y el registro de los deterioros en el valor de inversiones.

GRÁFICA IX.6.

Evolución de productos financieros contables de las reservas y Fondo Laboral, 2001-2017

(millones de pesos)



Fuente: Dirección de Finanzas, IMSS.

CUADRO IX.7.

Productos financieros por reserva y Fondo Laboral, 2016-2017^{1/}, ^{2/}

(millones de pesos y tasas^{3/})

Reserva/Fondo	2016		2017	
	Monto	Tasas ^{3/} (%)	Monto	Tasas ^{3/} (%)
RO	1,737	4.71	2,127	6.70
ROCF	498	4.38	1,760	7.08
RGFA	184	4.37	329	7.12
RFA	4,316	5.93	6,341	8.23
Fondo Laboral	3,654	7.83	4,944	9.08
Subcuenta 1	6	1.05	8	1.51
Subcuenta 2	3,648	7.91	4,936	9.16
Total	10,389	6.04	15,501	8.04

^{1/} Incluyen rendimientos por inversión en dólares acumulados en el año y la fluctuación cambiaria de la posición en moneda extranjera.

^{2/} Incluyen los productos financieros por la inversión en Afore XXI Banorte.

^{3/} Millones de pesos corrientes, tasas nominales.

Fuente: Dirección de Finanzas, IMSS.

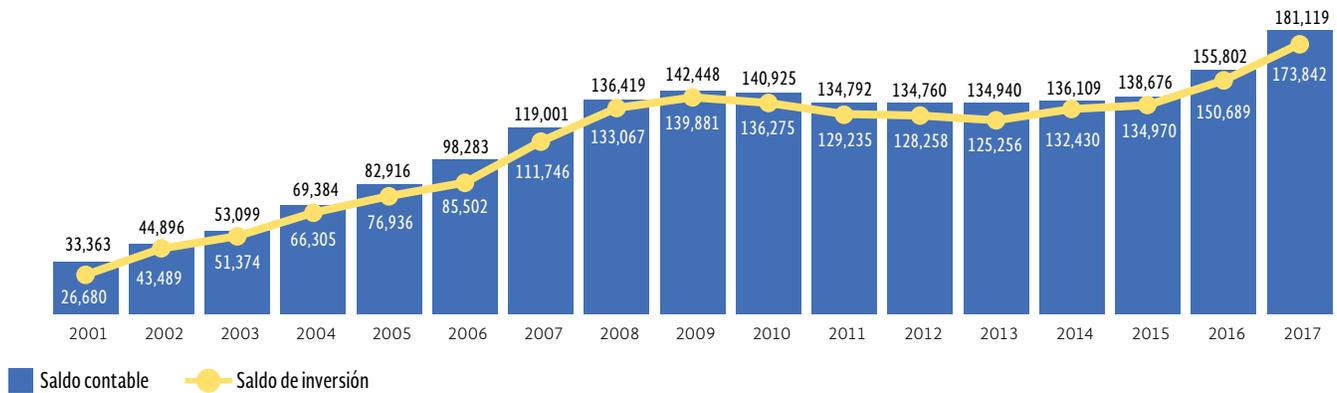
de riesgos, transparencia y respeto a las sanas prácticas y usos del mercado financiero.

Parte fundamental de la administración de riesgos financieros es el monitoreo diario de los distintos límites de inversión definidos en la normatividad, principalmente por operación, tipo de instrumento, plazo de inversión, calificación crediticia, emisor, duración,

GRÁFICA IX.7.

Evolución del saldo contable y de inversión de las reservas y Fondo Laboral, 2001-2017

(millones de pesos)



Fuente: Dirección de Finanzas, IMSS.

entre otros. También se lleva a cabo de forma diaria la medición y el control de los riesgos de mercado y de crédito de las inversiones, al estimar la máxima pérdida potencial, a valor de mercado, que pueda observarse en los portafolios, durante un periodo determinado. Lo anterior, conforme a los límites, parámetros y referencias establecidos en la normatividad.

En el cuadro IX.8 se presentan los consumos de los límites establecidos para los valores en riesgo de mercado y crédito de la Reserva General Financiera y Actuarial, las Reservas Financieras y Actuariales y la Subcuenta 2 del Fondo Laboral, al 31 de diciembre de 2017.

Con la finalidad de robustecer la administración de riesgos financieros y alinearla a las mejores prácticas del

mercado, a principios de 2017 se modificó la metodología del riesgo de crédito al estimar probabilidades de incumplimiento y diferenciar el riesgo por tipo de instrumento y calificación crediticia.

Asimismo, con la implementación mensual de reuniones internas de riesgos financieros, en las que participan cada una de las coordinaciones normativas de la Unidad de Inversiones Financieras y la Coordinación de Administración de Riesgos Financieros, se dan a conocer tanto criterios prudenciales para nuevas inversiones, como alertas tempranas respecto a los niveles de consumo de límites de los riesgos de mercado y crédito; se ha reforzado el control de los riesgos financieros al proporcionar información adicional y detallada de las inversiones y, por ende, ha disminuido la posibilidad de generar excesos en los diferentes límites. Lo anterior, ha fortalecido la comunicación entre las coordinaciones citadas, además de que ha generado mayor sensibilización y control de los riesgos financieros de las inversiones del Instituto.

Si bien en los últimos años ha sido posible mejorar los resultados en materia de inversiones, las diversas estrategias implementadas para maximizar los rendimientos y mejorar el control de los riesgos de las inversiones, forman parte de las prácticas de operación que

CUADRO IX.8.

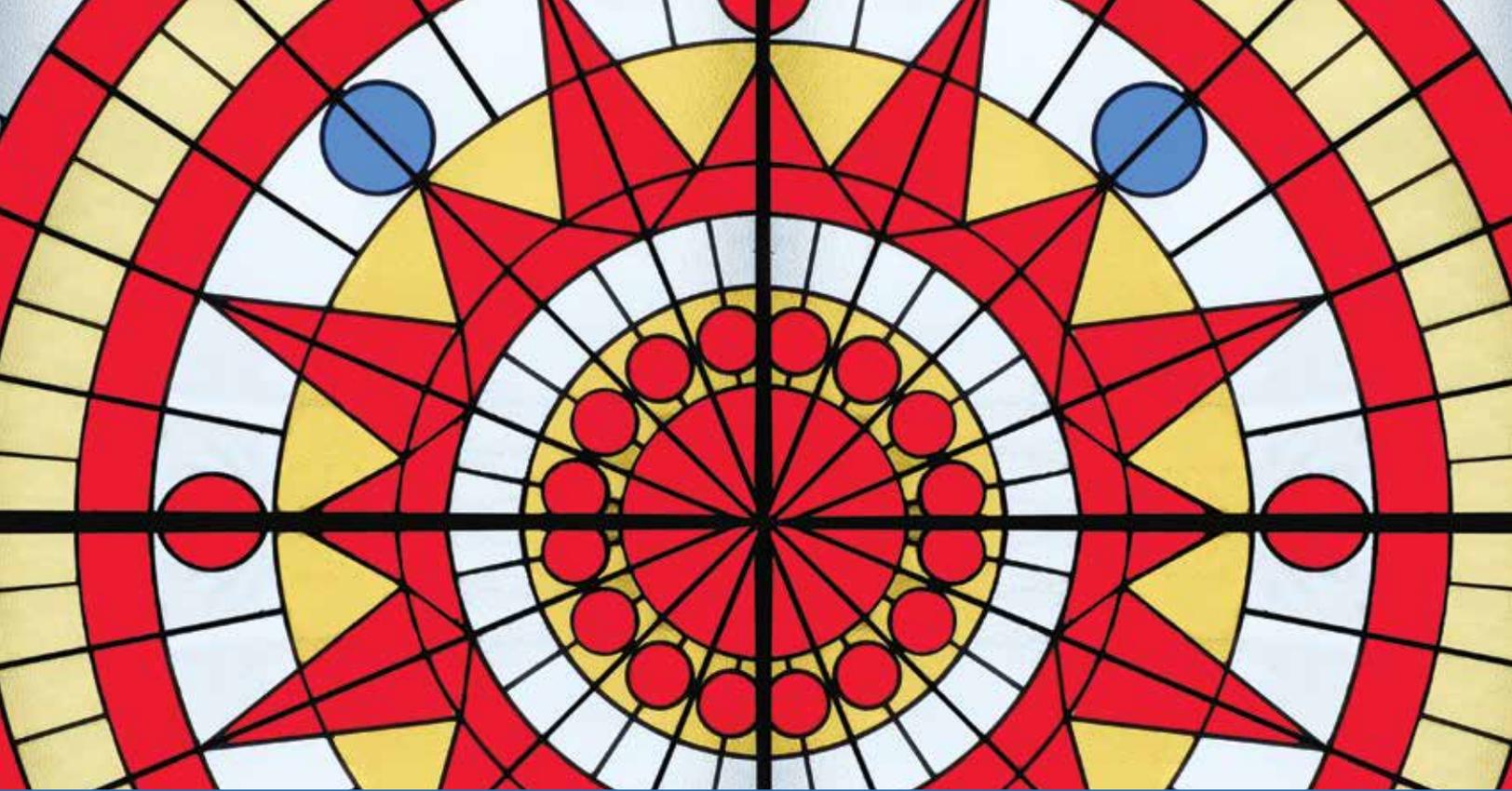
Valor en riesgo de mercado y de crédito al cierre de 2017

(porcentaje sobre el valor de mercado)

Portafolio	Valor en riesgo de mercado		Valor en riesgo de crédito	
	Posición	Límite	Posición	Límite
RGFA	0.11	1.50	0.06	2.50
RFA	0.56	2.50	0.65	4.50
Subcuenta 2	2.74	5.50	3.58	4.50

Fuente: Dirección de Finanzas, IMSS.

es importante preservar y que han contribuido a obtener los resultados citados, tal como el máximo histórico en productos financieros, entre otros. Es importante continuar explorando elementos de carácter operativo a fin de seguir promoviendo la adopción de las mejores prácticas y usos del medio financiero para que el Instituto se mantenga a la vanguardia en la materia, al ser el quinto inversionista institucional más grande del país, solo superado por las 4 principales Afore.



Pasivo Laboral y Otros Riesgos del Instituto

Capítulo X

En cumplimiento al Artículo 273 fracción IV de la Ley del Seguro Social, en este capítulo se reporta la estimación de los pasivos que comprometen el gasto del IMSS por más de un ejercicio fiscal:

- i) Los que se derivan de la relación laboral entre el IMSS y su personal.
- ii) Los que se derivan de las contingencias de carácter litigioso, relativos a los asuntos de carácter laboral, fiscal, administrativo, penal, civil y mercantil, mismos que se han identificado como uno de los principales riesgos que enfrenta el Instituto.

X.1. Pasivo laboral del Instituto en su carácter de patrón

Para evaluar el pasivo que se genera de la relación laboral entre el IMSS y su personal, anualmente se realiza un estudio actuarial por parte de un despacho externo¹³⁰, el cual tiene como principales propósitos:

¹³⁰ El estudio actuarial elaborado para evaluar los pasivos laborales se denomina "Valuación Actuarial del Régimen de Jubilaciones y Pensiones y de la Prima de Antigüedad e Indemnizaciones de los Trabajadores del IMSS al 31 de diciembre de 2017", y fue realizado por el despacho Lockton México, Agente de Seguros y de Fianzas, S. A. de C. V. Para efectos de este capítulo se hará referencia al mencionado estudio con el nombre de Valuación Actuarial.

- a) Determinar el costo del pasivo que se tiene devengado al cierre del ejercicio de 2017 y que se revela en las notas de los Estados Financieros del IMSS a la misma fecha.
- b) Estimar el valor presente de las obligaciones totales, así como el comportamiento del flujo de gasto anual con cargo a los recursos del IMSS en su carácter de patrón.

El estudio actuarial se realizó a partir de los supuestos financieros y demográficos que se presentan en el Anexo F de este Informe.

Los beneficios que se evalúan son las obligaciones contractuales por prima de antigüedad e indemnizaciones que se otorgan al personal al término de la relación laboral con el Instituto, así como los relativos al plan de pensiones denominado Régimen de Jubilaciones y Pensiones.

La determinación de los resultados de los pasivos laborales que se reportan en las notas de los Estados Financieros se realiza conforme a la Norma de Información Financiera D-3 (NIF D-3) “Beneficios a los Empleados” con la aplicación del método de crédito unitario proyectado¹³¹. Los principales resultados que se obtuvieron para 2017 son:

- Obligaciones por Beneficios Definidos: es el valor presente del total de los beneficios devengados de acuerdo con los años de servicios prestados.
- Activos del plan: son los recursos destinados al plan de pensiones, que en el caso del IMSS se encuentran depositados en la Subcuenta 1 del Fondo Laboral.
- Pasivo neto de beneficio definido: es la cantidad que resulta de disminuir al pasivo calculado como la Obligación por Beneficios Definidos, los activos del plan de pensiones.
- Costo neto del periodo: es el costo derivado de la

relación laboral atribuible al año de la valuación y está integrado por lo siguiente:

- Costo laboral del servicio actual: representa el costo de los beneficios adquiridos por los trabajadores por haber cumplido un año más de vida laboral.
- Costo financiero: es el costo del financiamiento por el periodo, atribuible a las obligaciones por beneficios definidos, considerando en su cálculo los efectos por los pagos estimados del periodo.
- Rendimiento de los activos del plan: se refiere a los rendimientos esperados durante el año de valuación por la inversión de los recursos acumulados en la Subcuenta 1 del Fondo Laboral.
- Contribución estimada de los trabajadores: es la contribución que se espera realicen los trabajadores al plan de pensiones durante el año de valuación, y se considera como una disminución del costo neto del periodo.
- Pasivo pendiente de reconocer: se refiere al importe del costo neto del periodo pendiente de reconocer al 31 de diciembre de 2016 por la aplicación de la NIFGG SP 05¹³², y se integra por el Déficit/(Ganancia) presupuestal de 2016 y por el importe no reconocido de la transición a la nueva NIF D-3 2016.
- Pérdida/(Ganancia) actuarial neta: se refiere a las pérdidas/(ganancias) generadas en el año.
- Contribución estimada del Programa IMSS-PROSPERA: se refiere al importe estimado de la contribución del Programa IMSS-PROSPERA para cubrir el pago del gasto del año por el Régimen de Jubilaciones y Pensiones de su personal.

En el cuadro X.1 se muestran los principales resultados del pasivo laboral, desglosados para los beneficios

¹³¹ El método de crédito unitario proyectado es un proceso de valuación actuarial, en el cual se contempla cada año de servicio prestado como generador de una unidad adicional de derecho a los beneficios y se valúa cada unidad de forma separada, asignándole una probabilidad de que el evento ocurra para determinar la obligación devengada.

¹³² Norma de Información Financiera Gubernamental General para el Sector Paraestatal 05 de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.

CUADRO X.1.

Principales resultados del pasivo laboral del IMSS en su carácter de patrón, al 31 de diciembre de 2017, conforme a la Norma de Información Financiera D-3

(millones de pesos)

Concepto	Prima de Antigüedad e Indemnizaciones	Régimen de Jubilaciones y Pensiones	Total	
Situación del plan				
1	Importe de las obligaciones por beneficios definidos	-42,606	-1,835,783	-1,878,389
2	Transición a nueva NIF D-3 pendiente de reconocer	30,491	1,622,629	1,653,119
3	Déficit /(Ganancia) Presupuestal 2017 por la NIFGG SP 05 ^{1/}	12,115	134,103	146,218
4	Activos del plan ^{2/}	-	136	136
5	Importe del pasivo reconocido en balance general ^{3/} (1+2+3+4)	-	-78,915	-78,915
Importe del costo neto del periodo				
6	Transición a nueva NIF D-3 pendiente de reconocer	30,491	1,622,629	1,653,119
7	Costo neto del año	18,038	208,164	226,203
8	Total costo neto del periodo (6+7)	48,529	1,830,793	1,879,322

^{1/} NIFGG SP 05: Norma de Información Financiera Gubernamental General para el Sector Paraestatal 05.^{2/} Los activos del plan están asociados al pago del gasto del Régimen de Jubilaciones y Pensiones y se encuentran depositados en la Subcuenta 1 del Fondo Laboral.^{3/} El importe del pasivo reconocido en el balance general corresponde a la cantidad que el IMSS tiene reconocida en la contabilidad institucional como un activo intangible, debido a que dichos recursos no están fondeados.

Fuente: Valuación Actuarial, Lockton México, Agente de Seguros y de Fianzas, S. A. de C. V.

por prima de antigüedad e indemnizaciones y para el Régimen de Jubilaciones y Pensiones.

De las cifras calculadas bajo la Norma de Información Financiera, se observa que al 31 de diciembre de 2017 el monto de las obligaciones ya devengadas, en valor presente, asciende a 1'878,389 millones de pesos. De este monto, 98% corresponde al Régimen de Jubilaciones y Pensiones y el restante 2%, a las obligaciones por prima de antigüedad e indemnizaciones. En lo que respecta al pasivo por el Régimen de pensiones se tiene reconocido en los Estados Financieros 4.3%, que corresponde a un importe de 79,052 millones de pesos, y se constituye por los activos del plan (136 millones de pesos) más el importe del pasivo reconocido en balance (78,915 millones de pesos)¹³³.

Asimismo, se tiene que el costo neto del periodo de 2017 se incrementó en 9.45% respecto de 2016, al pasar de 1'716,976 millones de pesos en 2016 a 1'879,322 millones de pesos en este año. De dicho

costo 88% corresponde a la transición de la norma que entró en vigor en enero de 2016 (1'653,119 millones de pesos) y 12% se atribuye al costo del año (226,203 millones de pesos).

Respecto del pasivo total de los beneficios valuados, se tiene que el Valor Presente de Obligaciones Totales¹³⁴ al 31 de diciembre de 2017 asciende a 2.13 billones de pesos, correspondiendo 0.11 billones de pesos a la prima de antigüedad e indemnizaciones y 2.02 billones de pesos al Régimen de Jubilaciones y Pensiones descontando el costo de las pensiones de la seguridad social.

X.1.1. Pasivo laboral por la prima de antigüedad e indemnizaciones

La estimación del pasivo laboral derivado de las obligaciones contractuales por prima de antigüedad e indemnizaciones se realizó de acuerdo con los beneficios que se establecen en el Contrato Colectivo de Trabajo

¹³³ Por motivo de redondeo de cifras no coincide el total con la suma de las cifras parciales.

¹³⁴ Este concepto se define como el costo total estimado a la fecha de valuación por los compromisos del IMSS derivados de la relación laboral con sus trabajadores. Dicho costo proviene de los beneficios de prima de antigüedad e indemnizaciones y del Régimen de Jubilaciones y Pensiones.

y en el Estatuto de trabajadores de Confianza “A” del IMSS¹³⁵, mismos que se otorgan al personal del IMSS al término de la relación laboral derivada por: fallecimiento, invalidez, incapacidad permanente, jubilación por años de servicio, cesantía en edad avanzada, vejez, despido y renuncia.

Población valuada

La población valuada se divide conforme a lo siguiente:

- Trabajadores de Base y Confianza contratados hasta el 31 de diciembre de 2017¹³⁶ con derecho a los beneficios que se establecen en el Contrato Colectivo de Trabajo.
- Trabajadores de Confianza “A” contratados a partir del 1° de enero de 2012 y hasta el 31 de diciembre de 2017 con derecho a los beneficios que se establecen en el Estatuto A del IMSS.

Beneficios valuados

En el cuadro X.2 se muestra la relación de los beneficios valuados por prima de antigüedad e indemnizaciones.

Principales resultados de la aplicación de la Norma de Información Financiera D-3

En el cuadro X.3 se muestran los principales resultados de la valuación actuarial de la prima de antigüedad e indemnizaciones que se obtienen conforme a la Norma de Información Financiera. De dichos resultados se observa lo siguiente:

- Obligaciones por beneficios definidos: al 31 de diciembre de 2017 el monto de las obligaciones por prima de antigüedad e indemnizaciones asciende a 42,606 millones de pesos, esto se muestra en el renglón 1 del cuadro X.3.

¹³⁵ Para efectos de este capítulo se utilizará el término Estatuto A. Para los trabajadores contratados bajo el Estatuto A se valúan las obligaciones que corresponden conforme a lo que se establece en la Ley Federal del Trabajo, y la indemnización referida en el propio Estatuto A para el caso de muerte derivada de causas distintas a riesgos de trabajo.

¹³⁶ Incluye a los trabajadores de Confianza B registrados en nómina al 31 de diciembre de 2017, así como a los trabajadores de Confianza A con fecha de contratación anterior al 1° de enero de 2012.

CUADRO X.2. Beneficios por prima de antigüedad e indemnizaciones valuados conforme a la Norma de Información Financiera D-3 “Beneficios a los Empleados”

Prima de antigüedad e indemnizaciones	Prima de antigüedad ^{1/}
- Muerte	- Jubilación por años de servicio
- Invalidez e incapacidad permanente	- Cesantía en edad avanzada
- Despido ^{1/}	- Vejez
	- Renuncia

^{1/} Para despido justificado se paga únicamente la prima de antigüedad.

^{2/} Los trabajadores contratados bajo el Convenio de 2008 o el Estatuto A no acceden al beneficio de jubilación por años de servicio.

Fuente: Dirección de Finanzas, IMSS.

CUADRO X.3. Principales resultados de la valuación actuarial de la prima de antigüedad e indemnizaciones, al 31 de diciembre de 2017, conforme a la Norma de Información Financiera D-3 (millones de pesos)

Concepto	Importe
Situación del plan	
1 Obligaciones por beneficios definidos	-42,606
2 Transición a nueva NIF D-3 pendiente de reconocer	30,491
3 Déficit/(Ganancia) Presupuestal de 2017 por la NIFFGG SP 05 ^{1/}	12,115
4 Activos del plan	-
5 Importe del pasivo reconocido en balance general (1+2+3+4)	-
Importe del costo neto del periodo	
6 Transición a nueva NIF D-3 pendiente de reconocer	30,491
7 Costo neto del año	18,038
8 Total costo neto del periodo (6+7)	48,529

^{1/} NIFFGG SP 05: Norma de Información Financiera Gubernamental General para el Sector Paraestatal 05.

Fuente: Valuación Actuarial, Lockton México, Agente de Seguros y de Fianzas, S. A. de C. V.

- Costo neto del periodo: el costo generado durante 2017 fue de 48,529 millones de pesos. De dicho costo, se tiene que 63% corresponde al importe pendiente de reconocer a diciembre de 2016 por la transición de la norma que entró en vigor en enero del mismo año (renglón 6 del cuadro X.3), y el restante 37% corresponde al costo del año.

Del total del costo neto del periodo, conforme a lo que establece la Norma de Información Financiera Gubernamental General para el Sector Paraestatal 05 de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, el IMSS realizó un cargo a resultados del ejercicio 2017 por 5,923 millones de pesos, con lo cual el registro de las obligaciones laborales del año en los Estados Financieros se efectuó de manera parcial, quedando por reconocer un monto de 42,606 millones de pesos¹³⁷. El importe no reconocido del costo neto del periodo se presenta desglosado en los renglones 2 y 3 del cuadro X.3.

¹³⁷ Resulta de la diferencia entre el costo neto del periodo por 48,529 millones de pesos y el cargo a resultados por 5,923 millones de pesos.

Proyecciones demográficas y financieras

Resultados demográficos

Como parte de los resultados de la estimación demográfica se tiene el número de bajas de trabajadores por muerte, invalidez, incapacidad, renuncia, despido, jubilación por años de servicio, cesantía en edad avanzada y vejez, que se estima terminarán su relación laboral y que recibirán el pago correspondiente por los beneficios de indemnización y prima de antigüedad. Esta proyección se muestra en el cuadro X.4.

De las proyecciones demográficas se identifica que 89% de las bajas serán por jubilación por años de servicio y cesantía en edad avanzada y vejez. En el corto y mediano plazos las bajas por jubilación provendrán del personal contratado bajo los beneficios del Régimen de Jubilaciones y Pensiones; esto se debe a que la población con derecho a este Régimen ya tiene reconocida una antigüedad promedio de 20.2 años y su vida laboral remanente se estima en 7.8 años¹³⁸.

¹³⁸ Es el tiempo promedio en años que se espera laboren los trabajadores con derecho al Régimen de Jubilaciones y Pensiones.

CUADRO X.4.

Proyección 2018-2060 de bajas de trabajadores IMSS que recibirán pagos por prima de antigüedad e indemnizaciones^{1/}

Año de Proyección	Muerte	Invalidez	Muerte Riesgos de Trabajo	Incapacidad	Renuncia	Despido justificado	Despido injustificado	Jubilación, Cesantía y Vejez	Total
2018	497	634	8	134	293	27	124	19,755	21,472
2020	464	590	7	125	266	25	119	13,454	15,049
2025	460	617	6	129	202	21	109	7,754	9,298
2030	481	704	5	141	137	18	92	9,653	11,230
2035	483	780	4	150	82	14	67	6,799	8,381
2040	454	795	3	149	45	11	44	14,362	15,862
2045	294	550	2	100	18	6	21	14,795	15,786
2050	110	220	1	38	5	2	6	8,872	9,254
2055	16	39	-	6	-	-	1	1,644	1,706
2060	2	10	-	1	-	-	-	9	23

^{1/} La valuación se realizó considerando a los trabajadores contratados al 31 de diciembre de 2017 y no contempla la incorporación de nuevos trabajadores en el periodo de proyección.

Fuente: Valuación Actuarial, Lockton México, Agente de Seguros y de Fianzas, S. A. de C. V.

Resultados financieros

El costo en valor presente de las obligaciones totales por los beneficios de prima de antigüedad e indemnizaciones se estima en 107,258 millones de pesos a diciembre de 2017. El costo de estas obligaciones está determinado por las contrataciones de trabajadores que ha realizado el IMSS, tanto para cubrir las plazas vacantes que dejan los trabajadores que terminan su relación laboral con el Instituto, principalmente por jubilación, como para cubrir las nuevas plazas.

X.1.2. Pasivo laboral por el Régimen de Jubilaciones y Pensiones

La estimación del pasivo laboral a cargo del IMSS en su carácter de patrón, que se genera del plan de pensiones que se otorga a los trabajadores del IMSS, se circunscribe únicamente a las obligaciones derivadas de los beneficios que se establecen en el Régimen de Jubilaciones y Pensiones que se encuentra inserto en el Contrato Colectivo de Trabajo de los Trabajadores del IMSS.

Lo anterior se debe a que a partir de la firma del Convenio Adicional para las Jubilaciones y Pensiones de los Trabajadores de Base de Nuevo Ingreso, el 14 de octubre de 2005¹³⁹, se estableció un nuevo plan de jubilaciones y pensiones para los trabajadores contratados a partir del 16 de octubre de 2005 y hasta el 31 de julio de 2008. Este nuevo plan de jubilaciones y pensiones no constituye un pasivo para el IMSS en su calidad de patrón, ya que el Convenio de 2005 señala que su fuente de financiamiento son las aportaciones de los trabajadores.

Para el plan de pensiones denominado Convenio de 2005, en la sección X.2 de este capítulo se presenta la situación financiera de la Subcuenta 2 del Fondo Laboral. Esto se debe a que el IMSS administra las aportaciones que realizan los trabajadores para el financiamiento de las jubilaciones y pensiones que se establecen en el Convenio de 2005, las cuales de manera conjunta con

sus rendimientos constituyen la Subcuenta 2 del Fondo Laboral. La acumulación de dichos recursos, de acuerdo con lo que se establece en el Artículo 277 D de la Ley del Seguro Social, deberá ser suficiente para cubrir los costos futuros derivados del plan de jubilaciones y pensiones, y mantenerlo en todo momento plenamente financiado.

Los resultados de la valuación actuarial del pasivo laboral del Régimen de Jubilaciones y Pensiones incluyen los que corresponden a los trabajadores del Programa IMSS-PROSPERA; no obstante, en la sección X.1.3 de este capítulo se presenta de manera específica el pasivo laboral a diciembre de 2017 que corresponde al plan de pensiones para estos trabajadores.

El gasto por pensiones que se deriva del Régimen de Jubilaciones y Pensiones tiene 2 componentes: uno que se refiere a la pensión que se determina conforme a la Ley del Seguro Social con cargo al IMSS-Asegurador, y otro complementario de esa Ley, que se define por la diferencia entre el monto de la pensión que otorga el Régimen de Jubilaciones y Pensiones, y el que se determina conforme a la Ley del Seguro Social.

El gasto por pensiones del componente a cargo del IMSS-Asegurador proviene de 2 generaciones de trabajadores. La primera corresponde a los trabajadores que cotizaron al Seguro Social antes del 1° de julio de 1997, para los cuales sus pensiones se consideran bajo la Ley del Seguro Social de 1973 con cargo al Gobierno Federal. La segunda corresponde a los trabajadores que empezaron a cotizar a partir del 1° de julio de 1997, para los cuales sus beneficios por pensión son conforme a lo que se establece en la Ley del Seguro Social vigente a partir del 1° de julio de 1997, con cargo a los ingresos por cuotas de los seguros de Invalidez y Vida y de Riesgos de Trabajo, así como a la cuenta individual de los trabajadores que manejan las Administradoras de Fondos para el Retiro, y en su caso, con cargo al Gobierno Federal por el otorgamiento de las pensiones mínimas.

¹³⁹ Para efectos de este capítulo se hará referencia a este plan de pensiones con el término de Convenio de 2005.

Por lo que se refiere al gasto que se genera por el componente complementario a la seguridad social, este se financia con recursos del IMSS en su carácter de patrón y con las aportaciones que realizan los trabajadores al Régimen. Bajo este contexto, el financiamiento del Régimen de Jubilaciones y Pensiones proviene de 3 fuentes:

- i) Los recursos del IMSS-Asegurador.
- ii) Las aportaciones que realizan a este Régimen los trabajadores en activo, correspondientes a 3% del salario base y del fondo de ahorro.
- iii) Los recursos que el IMSS aporta de su presupuesto para complementar el pago de las pensiones del Régimen de Jubilaciones y Pensiones, es decir, la parte del IMSS-Patrón¹⁴⁰.

El pasivo de este Régimen ya no se está incrementando por las nuevas contrataciones de trabajadores; sin embargo, se va a tener que pagar en los siguientes años, tanto por los actuales pensionados en curso de pago, como por las jubilaciones y pensiones que se continúen otorgando a los trabajadores con derecho al plan de pensiones y que en el futuro continúen en activo (costo de transición).

Para detener el crecimiento acelerado del pasivo laboral derivado del Régimen de Jubilaciones y Pensiones se han implementado 4 disposiciones:

- Se introdujeron cambios en los Artículos 277 D y 286 K de la Ley del Seguro Social, a partir del 12 de agosto de 2004, los cuales tuvieron como efecto que el Instituto ya no puede crear, contratar o sustituir plazas sin el respaldo de los recursos nece-

sarios para cubrir los costos futuros derivados del Régimen de Jubilaciones y Pensiones, y tampoco puede utilizar los recursos del IMSS-Asegurador para ese propósito.

- El 14 de octubre de 2005 el IMSS y el Sindicato Nacional de Trabajadores del Seguro Social suscribieron el “Convenio Adicional para las Jubilaciones y Pensiones de los Trabajadores de Base de Nuevo Ingreso” (Convenio de 2005), mediante el cual se modificaron los requisitos de edad y antigüedad para tener derecho a la jubilación por años de servicio para los trabajadores de base contratados a partir del 16 de octubre de 2005 y hasta el 31 de julio de 2008. Este plan de pensiones también es complementario a los beneficios que establece la Ley del Seguro Social. En lo que se refiere al financiamiento de la parte complementaria, se basa en un nuevo esquema de contribuciones a cargo únicamente de los trabajadores, por tal motivo no se genera para el Instituto un pasivo laboral adicional derivado del plan de pensiones del Convenio de 2005. No obstante, cada año se realiza la valuación actuarial de este Régimen de pensiones, con el propósito de evaluar el equilibrio financiero entre los costos futuros por las pensiones complementarias y los recursos destinados a su financiamiento, mismos que se reportan en la sección X.2 de este capítulo.
- La tercera disposición es el Convenio suscrito el 27 de junio de 2008 (Convenio de 2008) entre el IMSS y el Sindicato Nacional de Trabajadores del Seguro Social, en el cual se establece un nuevo esquema de

¹⁴⁰ A partir de 2009 se han utilizado para el financiamiento del Régimen de Jubilaciones y Pensiones recursos de la Subcuenta 1 del Fondo Laboral. Esta subcuenta se ha integrado a partir de aportaciones del IMSS-Patrón y de los productos financieros generados por la misma. A diciembre de 2017, esta subcuenta tiene un saldo de 136 millones de pesos, y en 2017 no se utilizaron sus recursos para el financiamiento de ese Régimen. Asimismo, el gasto que corresponde a los pensionados del Programa IMSS-PROSPERA por pensiones del Régimen de Jubilaciones y Pensiones netas de la seguridad social y de las aportaciones de los trabajadores, se cubren con las aportaciones y transferencias del Ramo 19, es decir, no se toma de los ingresos por cuotas del IMSS, porque dicho gasto se cubre anualmente con recursos del Programa IMSS-PROSPERA.

pensiones aplicable a los trabajadores contratados por el IMSS a partir del 1° de agosto de 2008¹⁴¹. Este esquema permite a los trabajadores acceder a un beneficio superior al que establece la Ley del Seguro Social, y el importe superior a la seguridad social se determina conforme a un esquema de contribución definida, que se financia con los recursos que aportan los propios trabajadores a sus cuentas individuales del Sistema de Ahorro para el Retiro, que son de 15% del salario base y del fondo de ahorro. De tal forma que el IMSS, en su carácter de patrón, tampoco tiene un pasivo laboral por pensiones derivado de las nuevas contrataciones bajo este Convenio, por lo que no se realiza una valuación actuarial de estos beneficios.

- Finalmente, a partir del 1° de enero de 2012 entró en vigor el Estatuto A, el cual establece para los trabajadores de Confianza “A” que sus beneficios por pensión son de acuerdo con lo dispuesto en el Apartado A del Artículo 123 Constitucional. Con este ordenamiento legal tampoco se genera un pasivo por pensiones a cargo del IMSS en su carácter de patrón, por lo que tampoco se realiza una valuación actuarial.

Para efectos de la valuación actuarial del esquema de pensiones del Régimen de Jubilaciones y Pensiones bajo la Norma de Información Financiera D-3, el pasivo que se valúa es el que corresponde al IMSS-Patrón por las pensiones complementarias, y es sobre este pasivo del que se informa en este apartado.

Población valuada

Para efectos de la valuación actuarial del Régimen de Jubilaciones y Pensiones se consideró a la siguiente población vigente a diciembre de 2017: i) los trabajadores activos de Base y de Confianza con derecho al Régimen, y ii) los jubilados y pensionados bajo dicho Régimen.

¹⁴¹ El Convenio de 2008 no cubre a los trabajadores de Confianza “A” contratados a partir del 1° de enero de 2012.

Los trabajadores en activo con derecho a los beneficios establecidos en este Régimen son un grupo cerrado, es decir, ya no se incorporan nuevos trabajadores y con el tiempo irá disminuyendo debido a salidas por renuncia, despido, jubilación, invalidez, incapacidad o fallecimiento, siendo la jubilación la causa que genera el mayor número de decrementos en la población.

Para la valuación a diciembre de 2017 se consideraron 190,517 trabajadores con derecho a los beneficios establecidos en el Régimen de Jubilaciones y Pensiones¹⁴², con una edad promedio de 47.8 años y una antigüedad promedio de 20.2 años. El número de trabajadores respecto a los valuados a diciembre de 2016 disminuyó en 8%, es decir, que se registró una baja de 16,129 trabajadores.

Además, se valoraron 289,895 jubilados y pensionados, con una edad promedio de 62.8 años (cuadro X.5). El número de jubilados y pensionados respecto al que se valuó a diciembre de 2016 aumentó en 4.8%.

Beneficios valuados

Los beneficios del Régimen de Jubilaciones y Pensiones valuados conforme a la Norma de Información Financiera D-3 son: invalidez, incapacidad permanente, muerte, jubilación, cesantía en edad avanzada y vejez.

Principales resultados de la aplicación de la Norma de Información Financiera D-3

En el cuadro X.6 se muestran los principales resultados que se obtienen conforme a lo que establece la Norma de Información Financiera D-3 para la valuación actuarial del plan de pensiones. El pasivo que se calcula para el Régimen de Jubilaciones y Pensiones corresponde al que se genera por las pensiones complementarias a las que otorga la Ley del Seguro Social y las hipótesis de cálculo empleadas son las que se detallan en el Anexo F de este Informe. De los resultados se destaca lo siguiente:

¹⁴² En esta valuación no se consideran con derecho a los beneficios del Régimen de Jubilaciones y Pensiones a los siguientes grupos de población: i) los trabajadores contratados bajo el Convenio de 2005; ii) los trabajadores que ingresaron bajo el Convenio de 2008, y iii) los trabajadores de Confianza “A” bajo la cobertura del Estatuto A.

CUADRO X.5.

Población de jubilados y pensionados del IMSS considerada en la valuación actuarial del Régimen de Jubilaciones y Pensiones, al 31 de diciembre de 2017

Concepto	2016		2017	
	Número de jubilados y pensionados ^{1/}	Edad promedio	Número de jubilados y pensionados ^{1/}	Edad promedio
Pensionados directos ^{2/}	250,357	62.6	262,626	62.9
Pensionados derivados ^{3/}	26,161	59.8	27,269	61.0
Totales	276,518	62.4	289,895	62.8

^{1/}El número total de jubilados y pensionados se determinó a partir de la nómina emitida a noviembre y de las jubilaciones y pensiones reportadas como aprobadas por la Comisión Nacional Mixta de Jubilaciones y Pensiones del IMSS en los meses de septiembre a noviembre.

^{2/}Incluye a los jubilados por años de servicio y a los pensionados por invalidez, incapacidad permanente, cesantía en edad avanzada y vejez.

^{3/}Incluye a los pensionados por viudez, orfandad y ascendencia.

Fuente: Dirección de Finanzas, IMSS.

- Obligaciones por beneficios definidos: al 31 de diciembre de 2017 el monto de las obligaciones derivado del Régimen de Jubilaciones y Pensiones asciende a 1'835,783 millones de pesos (rubro 1 del cuadro X.6)¹⁴³, de los cuales se tienen reconocidos en los Estados Financieros del IMSS 79,052 millones de pesos¹⁴⁴, que representan 4.3% de las obligaciones por beneficios definidos.
- Costo neto del periodo: el costo generado durante 2017 fue de 1'830,793 millones de pesos (último rubro del cuadro X.6). De dicho costo se tiene que 89% corresponde al importe pendiente de reconocer a diciembre de 2016 por la transición de la norma que entró en vigor en enero del mismo año (renglón 6 del cuadro X.6) y el restante 11% corresponde al costo del año.

Del total del costo neto de periodo, conforme a lo que establece la Norma de Información Financiera Gubernamental General para el Sector Paraestatal 05 de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, el IMSS realizó un cargo a resultados en el

CUADRO X.6.

Principales resultados de la valuación actuarial del Régimen de Jubilaciones y Pensiones, al 31 de diciembre de 2017, conforme a la Norma de Información Financiera D-3

(millones de pesos)

Concepto	Importe
Situación del plan	
1 Obligaciones por beneficios definidos	-1,835,783
2 Transición a nueva NIF D-3 pendiente de reconocer	1,622,629
3 Déficit/(Ganancia) Presupuestal de 2017 por la NIFGG SP 05 ^{1/}	134,103
4 Activos del plan ^{2/}	136
5 Importe del pasivo reconocido en balance general (1+2+3+4)	-78,915
Importe del costo neto del periodo	
6 Transición a nueva NIF D-3 pendiente de reconocer	1,622,629
7 Costo neto del año	208,164
8 Total costo neto del periodo (6+7)	1,830,793

^{1/} NIFGG SP 05: Norma de Información Financiera Gubernamental General para el Sector Paraestatal 05.

^{2/} Los activos del plan están asociados al pago del gasto del Régimen de Jubilaciones y Pensiones y se encuentran depositados en la Subcuenta 1 del Fondo Laboral.

Fuente: Valuación Actuarial, Lockton México, Agente de Seguros y de Fianzas, S. A. de C. V.

¹⁴³ De estos 1'835,783 millones, 32% corresponde al personal activo valuado con los beneficios del Régimen de Jubilaciones y Pensiones, y 68% al personal pensionado y jubilado de este régimen.

¹⁴⁴ Los 79,052 millones de pesos resultan de considerar los activos del plan (136 millones de pesos de 2017) y el pasivo reconocido en balance general (78,915 millones de pesos de 2017). Por motivo de redondeo de cifras no coincide el total con la suma de las cifras parciales.

ejercicio 2017 por 74,062 millones de pesos, con lo cual el registro de las obligaciones laborales del año se efectuó de manera parcial en los Estados Financieros, quedando por reconocer un importe por 1'756,731 millones de pesos. El importe no reconocido del costo neto del periodo por el Régimen de Jubilaciones y Pensiones se presenta desglosado en los renglones 2 y 3 del cuadro X.6.

Proyecciones demográficas y financieras

Resultados demográficos

Las proyecciones de largo plazo sobre la población con derecho al Régimen de Jubilaciones y Pensiones muestran la disminución paulatina que tendrá el número de trabajadores en la actividad laboral, y el aumento en el número actual de jubilados y pensionados (gráfica X.1).

El desglose de la proyección de sobrevivencia de los pensionados vigentes a diciembre de 2017 y de los futuros nuevos pensionados provenientes de los actuales traba-

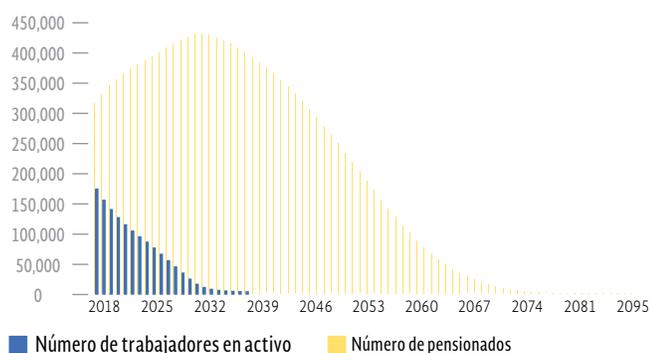
jadores en actividad laboral se presenta en el cuadro X.7, donde se observa que al final del año 2035 habrá alrededor de 417,009 jubilados y pensionados (columna g). Esta población se integrará por los 181,205 nuevos jubilados y pensionados que provendrán de los trabajadores en activo con derecho al Régimen de Jubilaciones y Pensiones (columna f), y por los 235,804 jubilados y pensionados en curso de pago a diciembre de 2017 que se estima sobrevivirán a ese año (columna c).

Resultados financieros

Para mostrar la situación financiera del Régimen de Jubilaciones y Pensiones en el largo plazo se obtuvieron los siguientes resultados:

- El flujo de gasto total anual del Régimen de Jubilaciones y Pensiones.
- El flujo de gasto anual a cargo del IMSS-Asegurador.
- El flujo de gasto anual a cargo del IMSS en su carácter de patrón¹⁴⁵ neto de aportaciones de los trabajadores.

GRÁFICA X.1.
Proyección del número de trabajadores y pensionados del Régimen de Jubilaciones y Pensiones



Fuente: Valuación Actuarial, Lockton México, Agente de Seguros y de Fianzas, S.A. de C.V.

En la gráfica X.2 se muestra la proyección del flujo de gasto anual de dicho Régimen en pesos de 2017. El área sombreada representa el flujo de gasto anual a cargo del IMSS-Patrón y las barras representan el flujo de gasto anual total del Régimen de Jubilaciones y Pensiones.

Para el año 2035 se estima que se alcanzará el mayor gasto anual total del Régimen (177,308 millones de pesos de 2017), del cual corresponde 67% por pensiones complementarias y 33% con cargo al IMSS-Asegurador.

Aunque el pasivo laboral ya no continúa aumentando por nuevas contrataciones de trabajadores, el IMSS debe hacer frente a un flujo creciente de pagos por

¹⁴⁵ El flujo de gasto a cargo del IMSS-Patrón se obtiene de descontar al gasto total anual del Régimen de Jubilaciones y Pensiones, el gasto a cargo del IMSS-Asegurador y las aportaciones de los trabajadores. En este contexto, el gasto a cargo del IMSS-Patrón incluye el gasto que corresponde por los jubilados y pensionados del Programa IMSS-PROSPERA; no obstante, dicho gasto se cubre anualmente con recursos del Programa IMSS-PROSPERA, es decir, no se toma de los ingresos por cuotas del IMSS.

CUADRO X.7.
Proyección 2018-2095 de jubilados y pensionados del IMSS

Año de Proyección	Proyección de jubilados y pensionados del Régimen de Jubilaciones y Pensiones						
	Sobrevivencia de los pensionados en curso de pago valuados a diciembre de 2017			Sobrevivencia de los futuros pensionados provenientes de los trabajadores valuados a diciembre de 2017			Total de pensionados sobrevivientes al final de cada año (g)=(c)+(f)
	Pensiones directas ^{1/}	Pensiones derivadas ^{2/}	Total (c)=(a)+(b)	Pensiones directas ^{1/}	Pensiones derivadas ^{2/}	Total (f)=(d)+(e)	
(a)	(b)	(c)=(a)+(b)	(d)	(e)	(f)=(d)+(e)	(g)=(c)+(f)	
2018	258,476	28,863	287,339	21,293	357	21,650	308,989
2020	249,926	33,450	283,376	53,475	1,161	54,636	338,012
2025	226,552	45,702	272,253	103,142	3,822	106,964	379,218
2030	199,224	57,918	257,142	148,153	7,718	155,872	413,014
2035	167,083	68,721	235,804	168,087	13,118	181,205	417,009
2040	130,593	75,806	206,398	158,274	19,909	178,183	384,581
2045	92,271	75,926	168,196	141,052	27,222	168,274	336,470
2050	56,671	66,196	122,867	117,385	32,894	150,280	273,147
2055	28,817	47,225	76,043	88,841	33,910	122,751	198,794
2060	11,427	25,586	37,013	59,076	28,638	87,714	124,727
2065	3,269	9,838	13,107	33,106	18,978	52,084	65,191
2070	602	2,587	3,188	14,874	9,409	24,282	27,471
2075	58	540	599	5,035	3,278	8,313	8,912
2080	2	129	131	1,179	705	1,884	2,015
2085	-	30	30	169	73	242	272
2090	-	5	5	13	2	15	20
2095	-	-	-	-	-	-	1

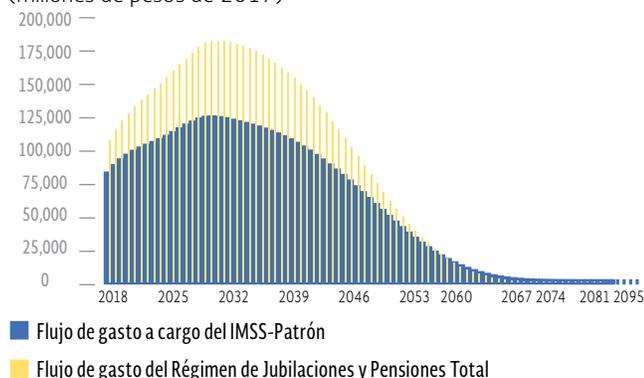
^{1/} Se conforma con los pensionados de jubilación por años de servicio, cesantía en edad avanzada, vejez, invalidez e incapacidad permanente.

^{2/} Considera a los pensionados por viudez, orfandad y ascendencia valuados a diciembre de 2017, y en el caso de las proyecciones de nuevos pensionados beneficiarios, sólo considera viudez.

Fuente: Valuación Actuarial, Lockton México, Agente de Seguros y de Fianzas, S. A. de C. V.

GRÁFICA X.2.
Flujo de gasto anual del Régimen de Jubilaciones y Pensiones, total y a cargo del IMSS-Patrón

(millones de pesos de 2017)



Fuente: Valuación Actuarial, Lockton México, Agente de Seguros y de Fianzas, S. A. de C. V.

jubilaciones y pensiones, derivado de los actuales pensionados en curso de pago y de la incorporación futura al grupo de pensionados de los trabajadores en activo con derecho a este Régimen.

En el cuadro X.8 se muestra el valor presente de obligaciones totales que corresponde por los jubilados y pensionados, y por los trabajadores en activo, indicando en cada caso lo siguiente:

- i) Obligaciones totales derivadas del Régimen de Jubilaciones y Pensiones, para pensionados y jubilados, para trabajadores y para el total.
- ii) Obligaciones del Régimen de Jubilaciones y Pensiones con cargo al IMSS-Asegurador, para pensionados y jubilados, para trabajadores y para el total.

iii) Obligaciones totales del Régimen de Jubilaciones y Pensiones complementario, para pensionados y jubilados, para trabajadores y para el total.

El valor presente de obligaciones totales del Régimen de Jubilaciones y Pensiones se estima en 2.9 billones de pesos a diciembre de 2017, de los cuales 2.02 billones corresponden a las pensiones complementarias¹⁴⁶. Dicho valor presente se determina a partir de la estimación del gasto anual por jubilaciones y pensiones, y corresponde a 289,895 jubilados y pensionados en curso de pago y a una población cerrada de 190,517 trabajadores activos.

De estos 2.02 billones de pesos, 1.84 billones ya están devengados y representan 8.4% del Producto Interno Bruto de 2017¹⁴⁷. De acuerdo con la Norma de Información Financiera D-3, este valor se registra en las obligaciones por beneficios definidos, y equivalen al pasivo total menos las obligaciones que faltan por devengar por los trabajadores activos¹⁴⁸. Estas últimas representan 9.1% del total de las obligaciones (gráfica X.3).

X.1.3. Régimen de Jubilaciones y Pensiones del Programa IMSS-PROSPERA

La incorporación de los trabajadores del Programa IMSS-PROSPERA como parte de la población considerada en la valuación actuarial del Régimen de Jubilaciones y Pensiones se debe a que a partir del Convenio celebrado el 15 de octubre de 2003 entre el IMSS y el Sindicato Nacional de Trabajadores del Seguro Social y avalado por el H. Consejo Técnico, se estableció que los beneficios contenidos en el Contrato Colectivo de Trabajo del IMSS aplican para los trabajadores del Pro-

¹⁴⁶ Del valor presente de obligaciones totales por pensiones complementarias (2.02 billones de pesos de 2017), 0.5% será cubierto con las aportaciones de los trabajadores (0.01 billones de pesos), y el resto estará a cargo del IMSS-Patrón (2.01 billones de pesos).

¹⁴⁷ El Producto Interno Bruto promedio para 2017 es de 21'766,928 millones de pesos.

¹⁴⁸ Las obligaciones por beneficios definidos son las que se tienen adquiridas tanto con los pensionados en curso de pago, como con los trabajadores en activo por los servicios que estos han proporcionado desde su ingreso al IMSS hasta la fecha de valuación.

CUADRO X.8.

Valor presente de obligaciones totales al 31 de diciembre de 2017, por el Régimen de Jubilaciones y Pensiones

(millones de pesos de 2017)

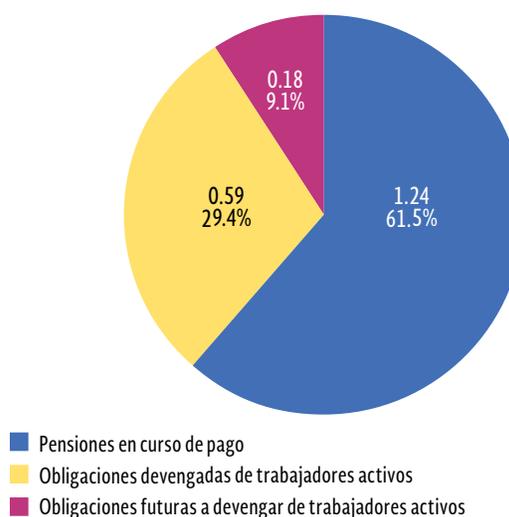
Concepto	RJP total	IMSS-Asegurador	Complemento
Jubilados y pensionados	1,707,288	468,882	1,242,474
Trabajadores activos	1,158,282	381,735	777,586
Total	2,865,570	850,617	2,020,060

Fuente: Valuación Actuarial, Lockton México, Agente de Seguros y de Fianzas, S. A. de C. V.

GRÁFICA X.3.

Distribución de valor presente de obligaciones totales del Régimen de Jubilaciones y Pensiones, al 31 de diciembre de 2017

(billones de pesos de 2017)



Nota: El valor presente de obligaciones de las pensiones en curso de pago más las obligaciones devengadas de los trabajadores activos (1.84 billones de pesos¹⁴⁹) equivalen al monto de las Obligaciones por Beneficios Definidos que se estiman de acuerdo con lo establecido en la Norma de Información Financiera D-3.

Fuente: Valuación Actuarial, Lockton México, Agente de Seguros y de Fianzas, S. A. de C. V.

¹⁴⁹ Por motivo de redondeo de cifras no coincide el total con la suma de las cifras parciales.

grama IMSS-Oportunidades (ahora IMSS-PROSPERA). Esta disposición entró en vigor el 1° de enero de 2004.

Asimismo, al igual que los trabajadores del Régimen Ordinario, los trabajadores de IMSS-PROSPERA fueron sujetos de las modificaciones del Régimen de Jubilaciones y Pensiones, conforme a la reforma de la Ley del Seguro Social del 11 de agosto de 2004.

Población valuada

Para estimar el gasto por pensiones y jubilaciones correspondiente al Programa IMSS-PROSPERA se evaluaron con corte al 31 de diciembre de 2017 a las siguientes poblaciones:

- 12,730 trabajadores del Programa IMSS-PROSPERA identificados con derecho a los beneficios establecidos en el Régimen de Jubilaciones y Pensiones¹⁴⁹, quienes tenían una edad promedio de 47.6 años y una antigüedad promedio de 19.2 años. El número de trabajadores respecto a los valuados a diciembre de 2016 disminuyó en 598, lo cual implica una reducción de 4.5%.
- 7,099 jubilados y pensionados con una edad promedio de 57.6 años (cuadro X.9). Estos pensiona-

¹⁴⁹ En esta valuación no se consideran con derecho a los beneficios del Régimen de Jubilaciones y Pensiones a los siguientes grupos de población: i) los trabajadores contratados bajo el Convenio de 2005; ii) los trabajadores que ingresaron bajo el Convenio de 2008, y iii) los trabajadores de Confianza "A" bajo la cobertura del Estatuto A.

dos tenían un importe promedio de pensión mensual de 21,374 pesos¹⁵⁰.

Proyecciones demográficas y financieras

Resultados demográficos

La proyección del número de pensionados que se encuentran vigentes a la fecha de valuación, así como de los nuevos pensionados se muestra en el cuadro X.10. Con base en las estimaciones demográficas se espera que en los próximos 18 años se retirarán, por motivo de pensión, aproximadamente 11,927 trabajadores adscritos a IMSS-PROSPERA, lo que equivale a 93.7% de la plantilla de 12,730 trabajadores con derecho al Régimen de Jubilaciones y Pensiones que se valoraron al 31 de diciembre de 2017.

Resultados financieros

Debido a que IMSS-PROSPERA es un programa federal, la parte del Régimen de Jubilaciones y Pensiones que es complementaria a la de la Ley del Seguro Social y que está relacionada con las jubilaciones y pensiones otorgadas a los trabajadores adscritos al Programa, se cubre con las aportaciones y transferencias del Ramo 19, así

¹⁵⁰ El importe promedio mensual se estima a partir de la suma de la pensión mensual, más el aguinaldo mensual, más la parte proporcional del aguinaldo anual, más la parte proporcional del fondo de ahorro.

CUADRO X.9.

Jubilados y pensionados del Programa IMSS-PROSPERA considerados en la valuación actuarial del Régimen de Jubilaciones y Pensiones al 31 de diciembre de 2017

Concepto	2016		2017	
	Número de jubilados y pensionados ^{1/}	Edad promedio	Número de jubilados y pensionados ^{1/}	Edad promedio
Pensionados directos ^{2/}	6,246	58.0	6,663	58.5
Pensionados derivados ^{3/}	413	40.1	436	42.8
Totales	6,659	56.8	7,099	57.6

^{1/} El número total de jubilados y pensionados se determinó a partir de la nómina emitida a noviembre y de las jubilaciones y pensiones reportadas como aprobadas por la Comisión Nacional Mixta de Jubilaciones y Pensiones del IMSS en los meses de septiembre a noviembre.

^{2/} Incluye a los jubilados por años de servicio y a los pensionados por invalidez, incapacidad permanente, cesantía en edad avanzada y vejez.

^{3/} Incluye a los pensionados por viudez, orfandad y ascendencia.

Fuente: Dirección de Finanzas, IMSS.

CUADRO X.10.

Proyecciones 2018-2095 de jubilados y pensionados del Programa IMSS-PROSPERA

Año de Proyección	Proyección de jubilados y pensionados del Régimen de Jubilaciones y Pensiones						
	Sobrevivencia de los pensionados en curso de pago valuados a diciembre de 2017			Sobrevivencia de los futuros pensionados provenientes de los trabajadores valuados a diciembre de 2017			Total de pensionados sobrevivientes al final de cada año
	Pensiones directas ^{1/}	Pensiones derivadas ^{2/}	Total	Pensiones directas ^{1/}	Pensiones derivadas ^{2/}	Total	
	(a)	(b)	(c)=(a)+(b)	(d)	(e)	(f)=(d)+(e)	(g)=(c)+(f)
2018	6,617	455	7,072	991	21	1,012	8,084
2020	6,515	503	7,018	2,719	69	2,788	9,806
2025	6,191	688	6,878	6,748	230	6,978	13,857
2030	5,732	966	6,698	9,758	470	10,228	16,926
2035	5,094	1,316	6,410	11,070	808	11,879	18,289
2040	4,253	1,681	5,934	10,738	1,245	11,983	17,917
2045	3,237	1,950	5,187	9,646	1,730	11,376	16,563
2050	2,154	1,969	4,122	8,092	2,128	10,220	14,342
2055	1,184	1,622	2,807	6,170	2,230	8,400	11,207
2060	498	990	1,489	4,111	1,890	6,001	7,490
2065	145	397	542	2,277	1,194	3,471	4,013
2070	26	101	127	982	501	1,482	1,609
2075	2	22	24	303	121	425	449
2080	-	4	4	61	13	74	78
2085	-	1	1	7	1	7	8
2090	-	-	-	-	-	-	-
2095	-	-	-	-	-	-	-

^{1/} Incluye jubilados por años de servicio y pensionados por cesantía en edad avanzada, vejez, invalidez e incapacidad permanente.

^{2/} Incluye a los pensionados por viudez, orfandad y ascendencia valuados al 31 de diciembre de 2017, y para las proyecciones de nuevos pensionados sólo se considera viudez.

Fuente: Valuación Actuarial, Lockton México, Agente de Seguros y de Fianzas, S. A. de C. V.

como con las aportaciones que realizan los trabajadores a dicho Régimen, es decir, no se toma de los ingresos por cuotas del IMSS, porque el gasto por pensiones complementarias se cubre anualmente con recursos del Programa IMSS-PROSPERA.

Los resultados financieros indican que al 31 de diciembre de 2017 el pasivo correspondiente a las obligaciones por beneficios definidos del Régimen de Jubilaciones y Pensiones que han generado los trabajadores de IMSS-PROSPERA es de 64,326 millones de pesos de 2017. Este pasivo no se encuentra fondeado, ya que las aportaciones de los trabajadores solamente financian una parte del gasto anual que realiza el IMSS para cubrir las jubilaciones y pensiones de los trabaja-

dores del Programa. La diferencia entre el gasto anual por las pensiones complementarias y las aportaciones de los trabajadores antes mencionadas se cubrirán con transferencias y aportaciones del Ramo 19 del gasto del Gobierno Federal.

X.2. Situación financiera del Fondo Laboral para las contrataciones bajo el Convenio de 2005

La celebración del “Convenio Adicional para las Jubilaciones y Pensiones de los Trabajadores de Base de Nuevo Ingreso” (Convenio de 2005), firmado el 14 de

octubre de 2005, entre el Sindicato Nacional de los Trabajadores del Seguro Social y el Instituto, evitó que se continuara incrementando el pasivo laboral a cargo del IMSS en su carácter de patrón por las nuevas contrataciones de trabajadores. Este convenio contempla un nuevo esquema de jubilaciones y pensiones para las contrataciones de trabajadores de Base y Confianza “B” realizadas por el Instituto del 16 de octubre de 2005 al 31 de julio de 2008.

La entrada en vigor del Convenio de 2005 modifica para los trabajadores contratados a partir del 16 de octubre de 2005 y hasta el 31 de julio de 2008, los requisitos de edad y antigüedad para la jubilación por años de servicio, al pasar de 27 (mujeres)/28 (hombres) años de antigüedad y sin requisito de edad que se establecía en el Régimen de Jubilaciones y Pensiones, a 34 (mujeres)/35 (hombres) años de antigüedad y 60 años de edad bajo el Convenio de 2005.

Al igual que en el Régimen de Jubilaciones y Pensiones, los beneficios por pensiones que se establecen en el Convenio de 2005 tienen 2 componentes: el que se determina conforme a lo que establece la Ley del Seguro Social, y la denominada pensión complementaria, que se define por la diferencia que resulta entre la pensión que otorga el Convenio de 2005 y la que se determina conforme a la Ley del Seguro Social.

Por lo anterior, los recursos para el financiamiento de los importes complementarios de las jubilaciones y pensiones derivadas del Convenio de 2005 provienen de las aportaciones que realizan los trabajadores y que de acuerdo con lo que establece dicho Convenio son:

- i) Las aportaciones que realizan los trabajadores en activo de Base y Confianza con fecha de contratación hasta el 15 de octubre de 2005, equivalentes a 7% del salario base y del fondo de ahorro.
- ii) Las aportaciones que realizan los trabajadores en activo contratados con derecho a los beneficios del Convenio de 2005, equivalentes a 10% del salario base y del fondo de ahorro.

Bajo este esquema, el IMSS no destina recursos financieros para el pago de las jubilaciones y pensiones complementarias del Convenio de 2005, con lo que se da cumplimiento a las disposiciones establecidas en los Artículos 277 D y 286 K de la Ley del Seguro Social.

Las aportaciones que realizan los trabajadores para el financiamiento del Convenio de 2005 y sus rendimientos constituyen la cuenta especial denominada Subcuenta 2 del Fondo para el Cumplimiento de Obligaciones Laborales de Carácter Legal o Contractual (Subcuenta 2 del Fondo Laboral), cuyos recursos se mantienen independientes de la Subcuenta 1 del Fondo Laboral, que corresponde a las reservas que el IMSS constituyó en el pasado para financiar el plan de pensiones del Régimen de Jubilaciones y Pensiones de los trabajadores contratados hasta el 15 de octubre de 2005.

Al 31 de diciembre de 2017, el saldo de la Subcuenta 2 del Fondo Laboral asciende a 62,864 millones de pesos. En el cuadro X.11 se muestran los movimientos de la Subcuenta 2 del Fondo Laboral durante 2017.

Desde 2006 el Instituto ha contratado anualmente los servicios profesionales de un despacho actuarial externo para que realice el denominado “Estudio Actuarial para Medir la Suficiencia Financiera de la Subcuenta 2 del Fondo para el Cumplimiento de Obligaciones Laborales de Carácter Legal o Contractual”. Este estudio tiene los siguientes objetivos:

CUADRO X.11.
Saldo acumulado en la Subcuenta 2 del Fondo Laboral, al 31 de diciembre de 2017

(millones de pesos corrientes)

Saldo a diciembre de 2015	44,129
Aportaciones de los trabajadores	4,939
Productos financieros	3,716
Partidas en conciliación	0.001
Saldo a diciembre de 2016	52,785
Aportaciones de los trabajadores	4,909
Productos financieros	5,170
Partidas en conciliación	0.002
Saldo a diciembre de 2017	62,864

Fuente: Dirección de Finanzas, IMSS.

- Determinar si, en términos del Artículo 277 D de la Ley del Seguro Social, el esquema de pensiones se encuentra plenamente fondeado para las nuevas contrataciones realizadas entre el 16 de octubre de 2005 y el 31 de julio de 2008 bajo el Convenio de 2005, es decir, que se guarde actuarialmente un equilibrio entre el valor presente de los activos y de los pasivos.
- Dar cumplimiento al Artículo Tercero Transitorio de la reforma del 11 de agosto de 2004 a la Ley del Seguro Social y que entró en vigor el 12 de agosto del mismo año, en el que se establece que con objeto de atender lo estipulado en el Artículo 277 D, el IMSS llevará a cabo los estudios actuariales correspondientes y los comunicará a la represen-

tación de los trabajadores, así como al Congreso de la Unión en el Informe a que se refiere el Artículo 273 de la propia Ley de Seguro Social.

En el cuadro X.12 se muestra el esquema de contribuciones para el plan de pensiones que se establece en el Convenio de 2005, así como los requisitos para jubilación y pensión por cesantía en edad avanzada.

Los resultados que se presentan en este apartado son los que corresponden al “Estudio Actuarial para Medir la Suficiencia Financiera de la Subcuenta 2 del Fondo Laboral al 31 de diciembre de 2017”¹⁵¹. Las hipótesis demográficas y financieras utilizadas para las estimaciones del escenario base se detallan en el Anexo F de este Informe.

¹⁵¹ El estudio actuarial fue realizado por el despacho Lockton México, Agente de Seguros y de Fianzas, S. A. de C. V.

CUADRO X.12.

Contribuciones y requisitos establecidos para poder otorgar a los trabajadores que se contrataron bajo el Convenio de 2005 los beneficios de una jubilación por años de servicio o una pensión por cesantía en edad avanzada

Concepto	Trabajadores contratados bajo el esquema del:	
	Régimen de Jubilaciones y Pensiones (RJP) ^{1/}	Convenio 2005 ^{2/}
Contribuciones de los trabajadores		
a) Para el RJP	3% del salario base y del fondo de ahorro	
b) Para el Convenio de 2005 ^{3/}	7% del salario base y del fondo de ahorro	10% del salario base y del fondo de ahorro
Beneficios y Requisitos		
a) Jubilación por años de servicio		
Años de servicio	27 mujeres y 28 hombres	34 mujeres y 35 hombres
Edad mínima	No se establece como requisito	60 años
Beneficio	El monto de la pensión se calcula conforme a lo establecido en los Artículos 5, 6, 7, 21 y 22 del RJP.	El monto de la pensión se calcula conforme a lo establecido en los Artículos 5, 7, 21 y 22 del RJP.
b) Pensión por cesantía en edad avanzada		
Años de servicio	10 años cuando menos	15 años cuando menos
Edad	60 años	60 años
Beneficio	El monto de la pensión se calcula conforme a lo establecido en el RJP en los Artículos 5, 6, 7, 21 y 22, y aplicando la Tabla A del Artículo 4.	El monto de la pensión se calcula conforme a lo establecido en los Artículos 5, 7, 21 y 22 del RJP, y aplicando la Tabla A de la Cláusula 6 del Convenio de 2005.

^{1/} Trabajadores de Base y Confianza que ingresaron al IMSS antes del 16 de octubre de 2005.

^{2/} Trabajadores de Base y Confianza “B” que ingresaron al IMSS a partir del 16 de octubre de 2005 y hasta el 31 de julio de 2008.

^{3/} Se anotan los porcentajes de las aportaciones que se encuentran vigentes a partir del 16 de octubre de 2011.

Fuente: Dirección de Finanzas, IMSS.

Población valuada

El estudio a diciembre de 2017 consideró un total de 41,166 trabajadores y 445 pensionados. De estos últimos, 140 son pensionados directos y 305 son beneficiarios por viudez, orfandad y ascendencia.

Resultados del estudio actuarial

Para llevar a cabo el análisis de la situación financiera del plan de pensiones que se establece en el Convenio de 2005, se realiza el cálculo del gasto anual de los pagos esperados por pensiones complementarias, los cuales ya tienen descontados los pagos por pensiones que corresponden a la seguridad social. Asimismo, se efectúa la estimación de las aportaciones anuales de los trabajadores.

A partir de la estimación del gasto anual y de las contribuciones de los trabajadores se determinan los valores presentes de los pasivos y de los activos, los cuales implícitamente consideran una tasa de rendimiento. En el Balance Actuarial se muestran los resultados con una tasa de rendimiento de 3.7% real anual. Estos resultados se presentan en el cuadro X.13 relativo al balance actuarial de la Subcuenta 2 del Fondo Laboral, al 31 de diciembre de 2017.

El Balance Actuarial muestra que se guarda un equilibrio entre los activos y los pasivos del plan de pensiones; no obstante, el equilibrio está condicionado a

que se cumplan los supuestos considerados en el estudio actuarial.

Dentro de los supuestos que se utilizan para evaluar la suficiencia financiera de la Subcuenta 2 del Fondo Laboral se identifican como de riesgo, aquellos que se emplean para estimar las pensiones de retiro bajo el esquema de contribución definida que se establece en la Ley del Seguro Social, siendo estos los siguientes:

- La tasa de rendimiento real para la estimación del saldo acumulado en la cuenta individual al momento del retiro sea superior a la obtenida por la Administradora de Fondo para el Retiro que haya elegido el trabajador.
- El saldo de la Subcuenta de Vivienda que se estima al momento de retiro respecto al saldo que tenga el trabajador, ya que para algunos casos este saldo será cero por motivos de haber ejercido un crédito de vivienda.
- La tasa de descuento que utiliza el estudio actuarial para determinar la renta vitalicia del trabajador sea mayor a la ofertada por la compañía aseguradora que elija el trabajador al momento del retiro.

El esquema de pensiones definido en el Convenio de 2005 es más sensible a estos factores de riesgo que el Régimen de Jubilaciones y Pensiones, debido a que la mayoría de los trabajadores con derecho a los bene-

CUADRO X.13.

Balance actuarial de la Subcuenta 2 del Fondo Laboral al 31 de diciembre de 2017, descontadas las obligaciones de la seguridad social

(millones de pesos)

Activo		Pasivo	
Saldo a diciembre de 2017 de la Subcuenta 2 del Fondo Laboral	62,864	VPOT ^{3/} por los trabajadores incorporados bajo el Convenio de 2005	100,770
Subtotal VPFA ^{1/} de los trabajadores	39,095	VPOT ^{3/} por los pensionados en curso de pago bajo el Convenio de 2005	298
Déficit/(Superávit) actuarial ^{2/}	-891		
Total activo	101,068	Total pasivo	101,068

^{1/} VPFA: Valor presente de futuras aportaciones.

^{2/} La tasa de rendimiento requerida para garantizar la suficiencia financiera es de 3.68% real anual, la cual es equivalente a la meta institucional.

^{3/} VPOT: Valor presente de obligaciones totales.

Fuente: Estudio Actuarial de la Subcuenta 2 del Fondo Laboral, Lockton México, Agente de Seguros y de Fianzas, S. A. de C. V.

ficios de este Convenio tienen fecha de afiliación posterior a julio de 1997 y accederán a los beneficios por pensión que se establecen bajo la Ley del Seguro Social vigente. De tal forma que, en el momento de alcanzar la edad de retiro, la pensión de la Ley estará en función del saldo acumulado en la cuenta individual del trabajador y, en su caso, del costo de adquisición de la renta vitalicia.

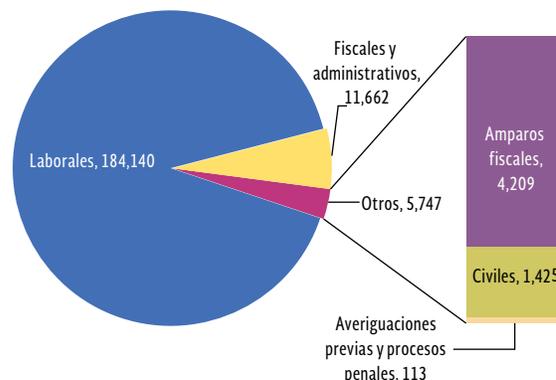
X.3. Contingencias de carácter litigioso

En esta sección se detalla la composición de la contingencia por juicios en los que el IMSS es parte, así como las acciones de mejora que se llevaron a cabo en 2017 con corte al 31 de diciembre del mismo año.

Dada la naturaleza de los diversos actos que el Instituto Mexicano del Seguro Social emite y los servicios que presta, enfrenta múltiples juicios y procedimientos: administrativos, laborales, de seguridad social, civiles, mercantiles y penales ante los juzgados, tribunales, juntas federales y locales de conciliación y arbitraje y ante diversas autoridades administrativas. Estos juicios y procedimientos, en su mayoría, generan un pasivo contingente al Instituto.

Al 31 de diciembre de 2017, el IMSS contaba con un total de 201,549 juicios en trámite, de los cuales 91.3% eran de carácter laboral, 5.8% de carácter administrativo, que incluyen juicios por actos que emite el IMSS en su carácter de organismo fiscal autónomo, así como en los que se reclama la responsabilidad patrimonial del Estado, 2.1% eran juicios de amparo administrativos, 0.7% de carácter civil y mercantil, y 0.1% de averiguaciones previas y procesos penales (gráfica X.4). Se registró un aumento de 5.1% de los juicios en trámite respecto a 2016, año en que se registraron 191,845 juicios, lo que equivale a 9,704 juicios más en contra del IMSS.

GRÁFICA X.4.
Asuntos en trámite por tipo de proceso, a diciembre de 2017
(juicios)



Fuente: Sistema de Seguimiento de Casos, Coordinaciones de Asuntos Contenciosos y de Investigación y Asuntos de Defraudación de la Dirección Jurídica, IMSS.

Los 201,549 juicios representan un pasivo contingente por 3,085.2 millones de pesos, integrados por 2,946 millones de pesos por juicios laborales, 55.3 millones de pesos por juicios administrativos y 85.9 por juicios civiles y mercantiles¹⁵². Respecto a los juicios que se encuentran en trámite se debe considerar que: i) aún se están litigando por lo que no se encuentran firmes; ii) se implementarán las estrategias y medios de impugnación para la defensa de los mismos, con el objeto de obtener el mayor número de sentencias y laudos favorables, y iii) en caso de obtener resultados no favorables para el Instituto, los montos no se enterarían en un mismo ejercicio.

La contingencia litigiosa se refleja año con año con el presupuesto ejercido para el cumplimiento de los juicios en que el Instituto forma parte y que han quedado firmes, como se muestra en el cuadro X.14.

A continuación, se detallan las contingencias que presenta el Instituto en cada una de las diversas materias que se litigan, así como las estrategias implementadas por la Dirección Jurídica para disminuir el número

¹⁵² Respecto del total de 201,549 juicios en trámite, la suma total de los montos reclamados al Instituto es de 35,331.8 millones de pesos. Sin embargo, resulta imposible que se condenara al Instituto al pago de todas estas cantidades y mucho menos en el mismo ejercicio, debido a las estrategias de defensa y las cargas de trabajo de las autoridades judiciales y administrativas.

CUADRO X.14.
Presupuesto ejercido en juicios

(cifras en millones de pesos)

Año	2013	2014	2015	2016	2017
Gran total	1,230	1,204	1,507	1,707	2,200

Fuente: Dirección de Finanzas, IMSS.

de juicios y el monto del pasivo contingente, así como fortalecer las acciones de defensa jurídica en el año que se reporta.

X.3.1. Contingencias en juicios laborales

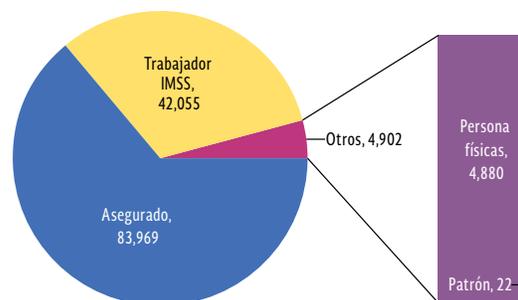
En el ámbito laboral, el Instituto es demandado en su carácter de ente asegurador o como patrón. En el primer caso, los juicios se generan por el ejercicio de los derechos que consagra la Ley del Seguro Social a los trabajadores en sus diversas ramas de aseguramiento o subsidios. Las segundas derivan de las prestaciones que otorgan la Ley Federal del Trabajo, el Contrato Colectivo de Trabajo y el Régimen de Jubilaciones y Pensiones a los trabajadores del propio Instituto. Esta dualidad es precisamente la que genera la gran diversidad de prestaciones que se demandan.

En 2017, de los 184,140 juicios laborales en trámite¹⁵³, 130,926 representan un pasivo económico laboral que se desglosa por 4 tipos de actores: 83,969 juicios de asegurados; 42,055 juicios de trabajadores IMSS; 4,880 juicios de personas físicas, y 22 juicios de patrones, como se muestra en la gráfica X.5. De los que representan un pasivo económico laboral para el Instituto, a la fecha 12,657 juicios se encuentran firmes, y equivalen a 2,946 millones de pesos.

Es importante considerar que este pasivo económico laboral se cubre conforme los requerimientos de pago que realizan las Juntas Federales y Locales de Conciliación y Arbitraje, con base en las cargas de trabajo

¹⁵³ 53,214 juicios laborales no representan un pasivo económico laboral para el Instituto; las acciones que más se reclaman bajo este rubro son: la Inscripción retroactiva al Instituto Mexicano del Seguro Social, reconocimiento de beneficiarios, devolución de saldos de Afore y aportaciones al SAR.

GRÁFICA X.5.
Asuntos laborales en trámite por tipo de actor, a diciembre de 2017
(juicios)



Asegurado: Sujeto de aseguramiento inscrito ante el Instituto en términos de la Ley del Seguro Social.

Trabajador IMSS: Es la persona física que preste al Instituto Mexicano del Seguro Social un trabajo personal subordinado.

Persona física: Son aquellos actores que aun habiendo prestado sus servicios para cualquier patrón no fueron dados de alta ante el Instituto, por lo que no cuentan con número de seguridad social ni matrícula; sin embargo, demandan el pago o cumplimiento de alguna prestación.

Patrón: Persona física o moral que cuenta con tal carácter en términos de la Ley Federal del Trabajo o la Ley del Seguro Social; este tipo de actores demandan o llaman como tercero interesado al IMSS en asuntos colectivos.

Fuente: Sistema de Seguimiento de Casos de la Dirección Jurídica, IMSS.

que tienen dichas autoridades. El pasivo económico laboral que deriva de los laudos firmes no se ejecuta por las autoridades laborales en el mismo ejercicio fiscal en que se dictan dichas resoluciones.

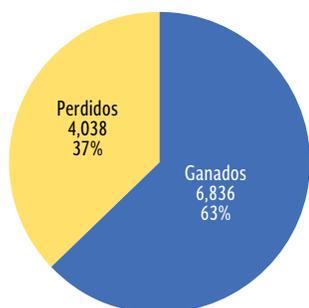
Con corte al 31 de diciembre de 2017, el pasivo económico laboral del Instituto aumentó de 2,595 millones de pesos en 2016 a 2,946 millones de pesos en 2017, esto es 13.5% mayor respecto a 2016; el motivo de dicho incremento se debe principalmente a la reforma laboral, con lo cual las Juntas se encuentran dictando un mayor número de laudos y ejecuciones.

En 2017, el Instituto registró 10,874 laudos firmes notificados, de los cuales 6,836 corresponden a laudos ganados, que representa 63%, y 4,038 a laudos firmes perdidos, que representa 37% (gráfica X.6).

GRÁFICA X.6.

Laudos firmes notificados, a diciembre de 2017

(número de laudos)



Fuente: Sistema de Seguimiento de Casos de la Dirección Jurídica, IMSS.

Estrategias implementadas en materia laboral

Depuración de la cartera de juicios

La Dirección Jurídica, a través de la Coordinación Laboral en conjunto con la Junta Federal de Conciliación y Arbitraje, están llevando a cabo el cruce de información entre el Sistema de Seguimiento de Casos del IMSS y las bases de datos de la Junta, con el fin de depurar aquellos juicios que se encuentren en archivo general, así como la migración de los demás expedientes a la etapa procesal que corresponda, lo cual permitirá dar de baja un volumen considerable de juicios.

Emisión de la nueva Guía Operativa para la Cumplimentación de Laudos y Convenios

En conjunto con la Dirección de Prestaciones Económicas se diseñó una nueva “Guía Operativa para la Cumplimentación de Laudos y Convenios”, para garantizar oportunamente el pago de inclusión a nómina de las pensiones, simplificar los trámites administrativos, abatir el rezago en la atención, así como disminuir los autos de ejecución y embargos, con el objeto de integrar y describir las actividades para el pago, inclusión a nómina y/o modificación de pensión derivadas de laudos o convenios, en acatamiento a las resoluciones de la autoridad laboral

con motivo de los juicios promovidos por asegurados, beneficiarios y/o pensionados al amparo de Régimen Obligatorio de la Ley del Seguro Social actual y la Ley del Seguro Social vigente hasta el 30 de junio de 1997.

Abatimiento y prevención de embargos

Derivado de la inscripción de las cuentas bancarias del Instituto en el Sistema de Cuenta Única de la Tesorería de la Federación, la Dirección Jurídica, a través de la Coordinación Laboral, ha instruido a las Divisiones de Nivel Central y a las Jefaturas de Servicios Jurídicos de las Delegaciones, para que se haga valer la inembargabilidad de las cuentas ante la Autoridad Laboral, evitando realizar pagos sin la retención de impuestos correspondientes.

Fortalecimiento de las mesas de ejecución

En colaboración con la Junta Federal de Conciliación y Arbitraje se fortaleció el mecanismo de cumplimiento voluntario de laudos, denominado “Mesas de inclusión ejecución”. A Nivel Central, en 2017, se cumplimentaron 684 laudos, ordenando y transparentando los pagos como parte de las estrategias de abatimiento de juicios, contención del gasto y prevención de embargos.

Cero despidos injustificados

En 2017 se impulsó el “Programa Cero Despidos Injustificados”, derivado que en la mayoría de los juicios existe una alta probabilidad que la autoridad laboral condene al Instituto por no haber mediado una investigación laboral o, porque la misma, no cumpla con lo establecido en el Contrato Colectivo de Trabajo y/o la Ley Federal del Trabajo.

En este sentido, el Programa consistió en las siguientes etapas:

- i) Primera Etapa: Nivel Central
 - a) Se capacitó a los departamentos administrativos que conforman cada una de las direcciones normativas, en los mecanismos de terminación de contratación a efecto de evitar un daño patrimonial al Instituto.

ii) Segunda Etapa: Delegaciones

a) Se llevó a cabo la Capacitación Normativa 2017, sedes Ciudad de México, Nuevo León, Oaxaca y Guadalajara, con personal de las Jefaturas de Servicios Jurídicos, en las que se impartieron diversos temas, tales como investigaciones laborales, insumisión al arbitraje, estrategias de defensas en los juicios promovidos por prestadores de servicios profesionales por honorarios.

En 2017 se notificaron 1,526 demandas por despido injustificado, 32 demandas menos que en 2016 (gráfica X.7).

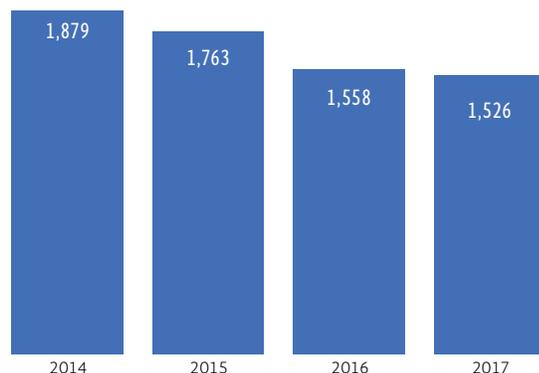
Convenios

La Dirección Jurídica, a través de la Coordinación Laboral, en colaboración con la Procuraduría de la Defensa del Trabajo y la Junta Federal de Conciliación y Arbitraje, han implementado un programa de convenios para concluir juicios derivados de demandas presentadas con anterioridad al mes de marzo de 2016 por parte de ex trabajadores del Instituto que reclaman las diferencias en la prima de antigüedad al no incluir los conceptos 32 y 33, consistentes en el pago de estímulos de puntualidad y asistencia.

GRÁFICA X.7.

Demandas notificadas por despido injustificado, 2014-2017

(asuntos)



Fuente: Sistema de Seguimiento de Casos de la Dirección Jurídica, IMSS.

Derivado del decreto presidencial publicado el 29 de abril de 2016 en el Diario Oficial de la Federación: “Decreto por el que se establecen las acciones administrativas que deberá implementar la Administración Pública Federal para llevar a cabo la conciliación o la celebración de convenios o acuerdos previstos en las leyes respectivas como medios alternativos de solución de controversias que se susciten con los particulares”, la celebración de convenios se ha visto reducida por el cúmulo de requisitos y el trámite que se debe seguir ante el Órgano Interno de Control. Para poner en contexto esta problemática es de resaltar que en 2016, hasta antes de emitirse el decreto, se celebraron 1,407 convenios, en comparación con 2017 que únicamente se celebraron 3 convenios en todo el año. Se propuso excluir del citado instrumento normativo a la materia laboral, ello con el fin de agilizar la celebración de convenios y disminuir el pasivo contingente.

Suprema Corte de Justicia de la Nación

Se mantiene el control y seguimiento de los asuntos radicados ante la Suprema Corte de Justicia de la Nación, litigando directamente con las y los Ministros, a fin de exponer los argumentos de defensa institucional.

X.3.2. Contingencias en juicios administrativos y responsabilidad patrimonial del Estado

El IMSS enfrenta juicios contenciosos administrativos derivados de actos emitidos en su carácter de organismo fiscal autónomo, en los que generalmente se impugnan las cuotas obrero-patronales determinadas por este Instituto, contribuciones que no han ingresado a su patrimonio y que no implican un pasivo contingente, así como juicios y procedimientos derivados de los actos administrativos que lleva a cabo en su carácter de organismo público descentralizado o como ente asegurador. Asimismo, el Instituto promueve juicios administrativos al ver afectados sus intereses, principalmente en contra de la determinación de créditos y actos de ejecución a

través de los cuales se pretende exigir el pago de impuestos, derechos y multas.

De los 201,549 juicios en trámite, 15,871 son de naturaleza administrativa, es decir, 5.8% son juicios contenciosos administrativos, incluyendo los relativos a responsabilidad patrimonial del Estado y 2.1% son amparos administrativos (gráfica X.8).

El número de juicios en contra del IMSS que se encontraban en trámite o pendientes de resolverse en 2017 disminuyó respecto a 2016 en 1,660 juicios, es decir, 9.5%. En 2016, el número de juicios en trámite fue de 17,531.

Al cierre de 2017, el pasivo generado al IMSS por estos asuntos fue de 55.3 millones de pesos: 43.5 millones por juicios de responsabilidad patrimonial del Estado; 8.9 millones por juicios de adquisiciones y obra pública y 2.9 millones por juicios promovidos por la Comisión Federal de Electricidad por devolución de gastos médicos¹⁵⁴.

Como acción de mejora en la tramitación de los juicios promovidos por este Instituto, en contra de créditos fiscales por concepto de impuestos sobre nóminas, se buscará aplicar el criterio favorable al IMSS, emitido por la Suprema Corte de Justicia de la Nación, en el sentido de que, en términos de lo dispuesto en el Artículo 254 de la Ley del Seguro Social, el Instituto Mexicano del Seguro Social, sus dependencias y servicios no serán sujetos de contribuciones federales, estatales y municipales.

Estrategias implementadas en materia administrativa y fiscal

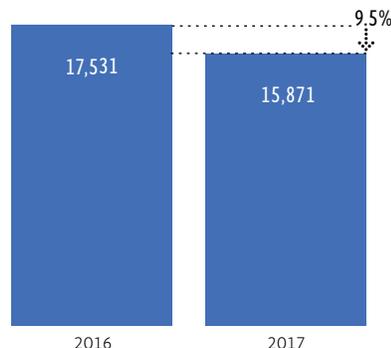
Las estrategias implementadas en materia administrativa y fiscal son las siguientes:

- i) Como resultado de la colaboración con las áreas del Instituto para fortalecer jurídicamente la emi-

¹⁵⁴ En los juicios administrativos promovidos en contra del Instituto, se reclama un monto total de 6,374 millones de pesos, integrado por 5,599 millones por juicios y procedimientos de responsabilidad patrimonial del Estado y 748 millones por juicios en materia de obra pública, adquisiciones y devolución de gastos médicos; además, el IMSS enfrenta un pasivo por 3,560 millones de pesos derivado de juicios promovidos por el Instituto en contra de la determinación de impuestos sobre nóminas.

GRÁFICA X.8.

Comparativos de juicios contenciosos administrativos, diciembre de 2016 y 2017 (asuntos)



Fuente: Coordinación de Asuntos Contenciosos de la Dirección Jurídica, IMSS.

sión y notificación de los actos del Instituto, se logró obtener sentencias favorables al IMSS en 7,047 juicios, lográndose 52% de juicios ganados, con una cuantía de 4,089 millones de pesos.

- ii) En el año que se reporta, se obtuvo sentencia favorable al IMSS en el juicio interpuesto en contra del cobro de un crédito fiscal por 1,146 millones de pesos por concepto de impuesto sobre nóminas, haciéndose valer el criterio emitido por la Segunda Sala de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, en el sentido de que, en términos de lo dispuesto por el Artículo 254 de la Ley del Seguro Social, este Instituto no es sujeto del pago de este impuesto.
- iii) Se atrajeron a Nivel Central los procedimientos y juicios contenciosos administrativos en materia de responsabilidad patrimonial del Estado de cuantía superior a 10 millones de pesos, que tenían a su cargo las áreas jurídicas de las Delegaciones y las UMAE, para proporcionarles una atención especial.

- iv) Se creó un área especial para la atención de asuntos en materia de responsabilidad patrimonial del Estado.

X.3.3. Contingencias en juicios civiles y mercantiles

Al 31 de diciembre de 2017 se tenían en trámite 1,425 juicios civiles y mercantiles en los que el IMSS es parte, derivados principalmente del incumplimiento de los términos pactados en los contratos suscritos en materia de obra pública, contratación de servicios y para la adquisición de medicamentos, material de curación y equipo médico (gráfica X.9).

A la fecha que se reporta, el pasivo del Instituto por estos juicios es de 85.9 millones de pesos¹⁵⁵.

Estrategias implementadas en materia civil y mercantil

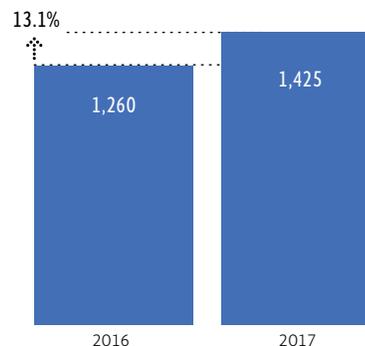
Con la finalidad de abatir los juicios civiles y mercantiles en los que el IMSS es parte, se implementaron medidas encaminadas a reforzar el trabajo coordinado con las áreas generadoras de los juicios, para una debida integración de los expedientes y una revisión jurídica integral de los actos impugnados en juicio, que permita reforzar la defensa institucional ante tribunales.

X.3.4. Contingencias en averiguaciones previas y procesos penales

Al 31 de diciembre de 2017, en las Jefaturas de Servicios Jurídicos de las Delegaciones Estatales se tenía una relación de 113 averiguaciones previas, carpetas de investigación y procesos penales en trámite que representan un pasivo contingente para el Instituto; 23 de ellos representan un monto de 6.8 millones de pesos y de los 90 restantes, no obstante que también implican un pasivo contingente, no ha sido determinado el monto de la posible reparación del daño.

¹⁵⁵ En los 1,425 juicios civiles y mercantiles en trámite se reclama al Instituto un monto total de 3,433 millones de pesos, lo cual no implica que sea el monto a pagar por el Instituto, ya que eso dependerá de las estrategias de defensas implementadas y las condenas en definitiva.

GRÁFICA X.9.
Comparativos juicios civiles y mercantiles,
diciembre de 2016 y 2017
(asuntos)



Fuente: Coordinación de Asuntos Contenciosos de la Dirección Jurídica, IMSS.

De lo anterior se observa un aumento de 25.6% en el número de averiguaciones previas, carpetas de investigación y procesos penales en trámite, que implican un pasivo contingente respecto al año 2016, en donde se reportaron 90 asuntos en trámite.

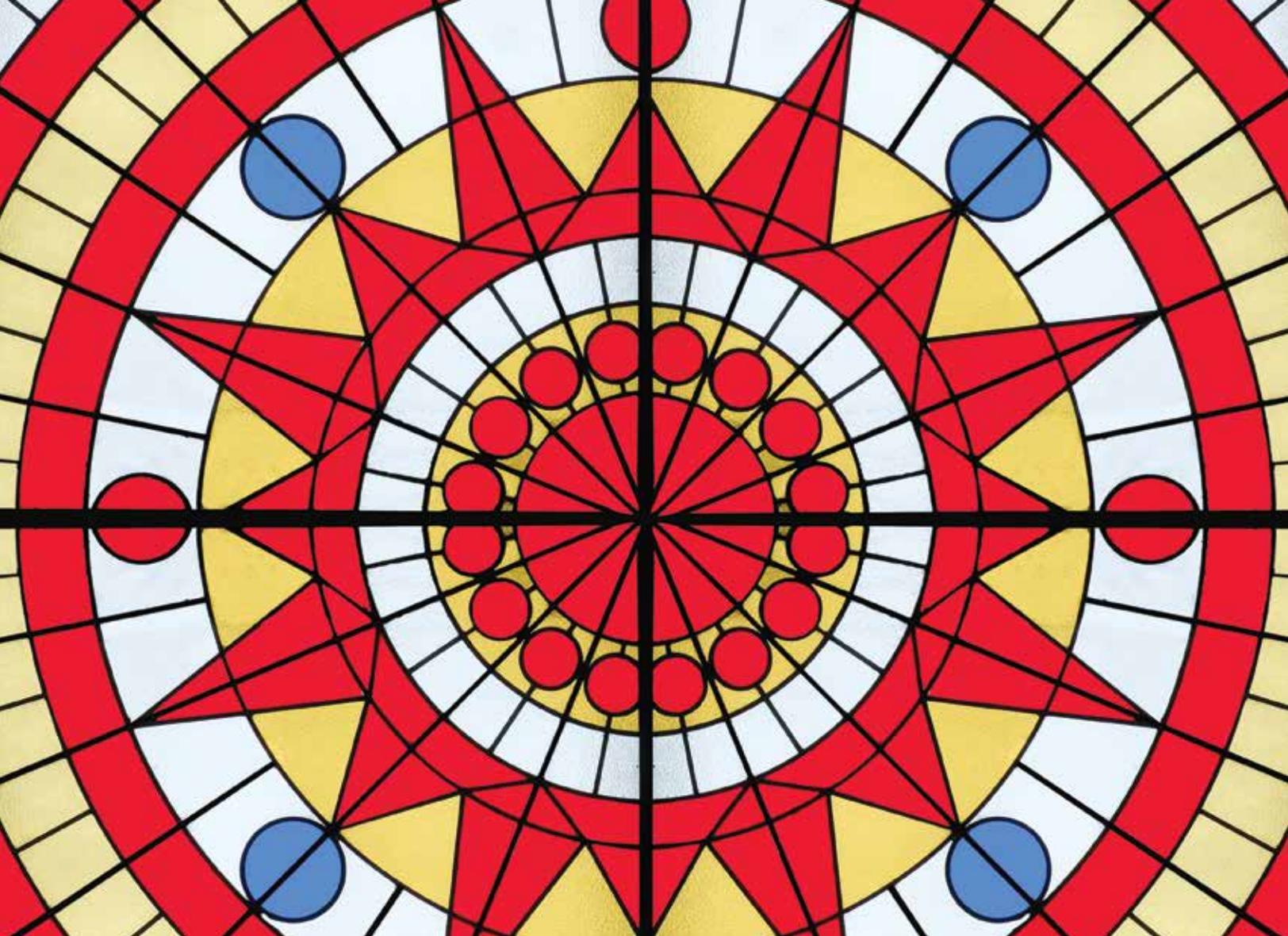
No obstante el aumento de asuntos en trámite, los montos de pasivo contingente de aquellos que han podido cuantificarse (23 asuntos), disminuyeron en 16.2 millones de pesos, esto es, 70.4% menos comparado con el año 2016.

Estrategias implementadas en materia penal

Se dio atención a las consultas planteadas por las Jefaturas de Servicios Jurídicos de las Delegaciones y UMAE, respecto del seguimiento y atención de casos que implicaron pasivo contingente en materia penal en los que existe representación institucional.

Se proporcionó asesoría a las Jefaturas de Servicios Jurídicos de las Delegaciones y UMAE respecto de la viabilidad de procedencia del "Decreto por el que se establecen las acciones administrativas que deberá implementar la Administración Pública Federal para llevar

a cabo la conciliación o la celebración de convenios o acuerdos previstos en las leyes respectivas como medios alternativos de solución de controversias que se susciten con los particulares”, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 29 de abril de 2016, y los “Criterios generales para emitir opinión en materia de responsabilidades a efecto de determinar o no la procedencia para llevar a cabo los medios alternativos de solución de controversias, así como establecer los supuestos en los que puede actualizarse un conflicto de interés”, emitidos por la Secretaría de la Función Pública y publicados en el Diario Oficial de la Federación el 28 de julio de 2016.



Gestión de los Recursos Institucionales

Capítulo XI

El presente capítulo describe las acciones de fortalecimiento en la gestión de los recursos institucionales del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), llevadas a cabo durante el ejercicio 2017, para dar continuidad a la mejora de la productividad, la eficacia, la eficiencia y la transparencia del gasto del Instituto. Por lo tanto, se expone el contexto en el que se encuentran los bienes muebles e inmuebles, la infraestructura médica y no médica, así como el abasto de medicamentos y los recursos humanos institucionales. Finalmente, describe la estrategia digital que el IMSS continúa implementando, buscando con ello la efectividad de los procesos digitales institucionales.

XI.1. Acciones para incrementar la eficiencia del gasto y mejorar los servicios

Durante los 5 años de gestión de la presente Administración, las áreas administrativas del Instituto han implementado acciones orientadas a la contención del crecimiento del gasto. De esta forma, se continúa sumando esfuerzos a través de la implementación de procesos institucionales que contribuyen al saneamiento financiero del Instituto, así como a la mejora de la calidad y la calidez en la atención de los servicios.

En la búsqueda de la optimización del gasto administrativo y de operación, para otorgar una mejor atención a los derechohabientes, se enuncian las acciones que se llevaron a cabo durante el ejercicio 2017 que permitieron hacer más eficientes los servicios que otorga el Instituto.

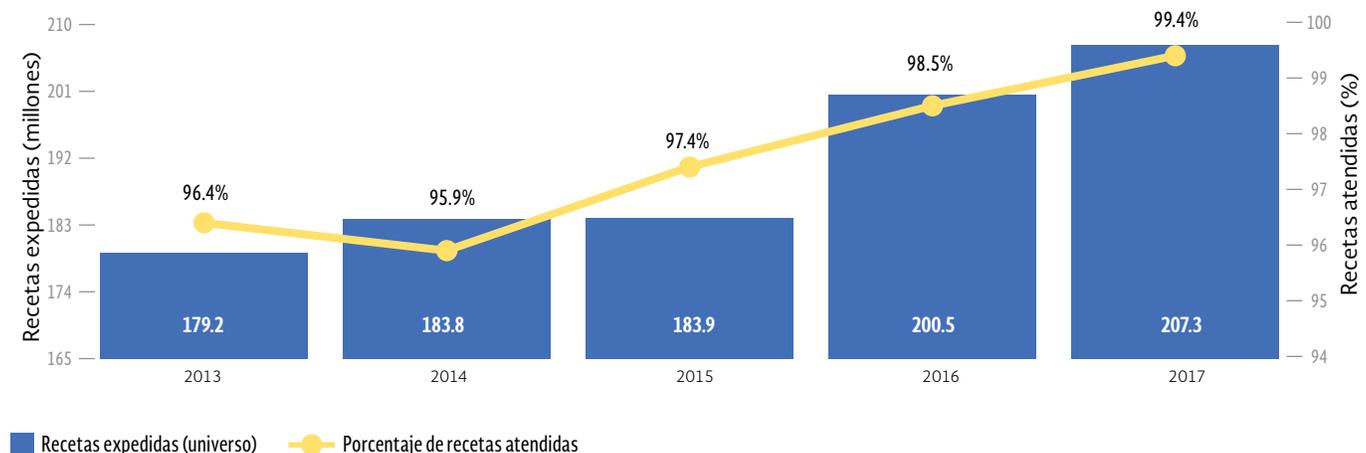
XI.1.1. Mejoras en los esquemas de compra, abasto y suministro de medicamentos y servicios médicos

La cadena de suministro institucional de medicamentos cubre todo el territorio nacional y se encuentra constituida por 37 almacenes delegacionales y un almacén de productos especiales y red fría, que suministran medicamentos a casi 1,500 farmacias, las cuales surten mensualmente poco más de 17 millones de recetas en total. Al cierre de 2017 se atendieron en el IMSS 206 millones de recetas de los 207.3 millones de recetas expedidas, esto es, 37.4 millones más que en 2012.

El Indicador Nacional de Atención de Recetas muestra una mejora significativa en el abasto de medicamentos del Instituto, al pasar de 96.4% en 2013 a 99.4% en 2017 (gráfica XI.1).

Derivado de la necesidad de mejorar los procesos de abasto a nivel nacional, enfocándose principalmente en el reabastecimiento de los almacenes delegacionales

GRÁFICA XI.1.
Índice Nacional de Atención de Recetas, 2013-2017
(cifras en millones y en porcentaje)



Fuente: Dirección de Administración, IMSS.

del Instituto y el suministro de los medicamentos de manera oportuna y suficiente a las farmacias de las unidades médicas, se implementaron las siguientes estrategias de fortalecimiento del abasto de medicamentos:

Compra consolidada de medicamentos, vacunas y material de curación

La compra consolidada de medicamentos, vacunas y material de curación, liderada por el IMSS desde el ejercicio 2013, forma parte de la política integral de abasto de medicamentos; lo que ha permitido incrementar y mantener altos niveles de surtimiento de recetas a los derechohabientes. Esta compra, junto con la optimización de la cadena de suministro, genera certidumbre a todo el sector salud, al garantizar el abasto de bienes de calidad, atención integral a los derechohabientes, así como reducción de costos a través de nuevas y óptimas condiciones de abastecimiento.

En los procedimientos utilizados para la compra consolidada realizada en 2017 para atender las necesidades de 2018, se contó con el acompañamiento de diversos organismos públicos y organizaciones de la Sociedad Civil, entre los que se incluyen: la Secretaría de la Función Pública (SFP), la Secretaría de Economía, la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios, la Comisión Federal de Competencia, el Órgano Interno de Control en el Instituto, así como testigos sociales designados por la SFP; con ello se ha fortalecido la integridad y transparencia en los procesos de contratación. Además, la compra consolidada ha sido participativa e incluyente, ya que para este proceso se sostuvieron diversas reuniones de trabajo con la Cámara Nacional de la Industria Farmacéutica (CANIFARMA), la Cámara Nacional de la Industria de la Transformación (CANACINTRA) y la Asociación Nacional de Distribuidores de Insumos para la Salud (ANDIS).

En esta ocasión se contó con 50 participantes, incluido el IMSS, el ISSSTE, la Secretaría de Marina, la Secretaría de la Defensa Nacional y Petróleos Mexicanos,

así como 22 Institutos de Salud de los Estados y 23 Institutos y Hospitales de Alta Especialidad (cuadro XI.1).

Con esto se demuestra el incremento y evolución en el número de participantes que desde el ejercicio 2013 ha tenido la compra consolidada, tal como se observa en el cuadro XI.2.

Esta compra volvió a ser la más grande del sector público: se adjudicaron casi 48,491 millones de pesos y se incluyeron 1,340 claves de medicamentos y material de curación. Los ahorros obtenidos mediante esta compra fueron de casi 3,178 millones de pesos.

En los últimos 5 años, con la compra consolidada se han generado ahorros por 17,393 millones de pesos, de los cuales 10,520 millones de pesos (60.4%) corresponden al Instituto, lo que ha permitido la compra de un mayor número de piezas para hacer frente a la creciente población derechohabiente (gráfica XI.2).

De esta manera, las compras consolidadas han demostrado su eficiencia al garantizar la oportunidad de los bienes y la transparencia, al inhibir los incentivos de colusión entre proveedores, así como generar economías que permitan la compra de más medicamentos y materiales necesarios para atender a los más de 90 millones de usuarios de los servicios de salud que otorgan las instituciones participantes.

Cabe señalar que los 10 procedimientos licitatorios que se realizaron en el ejercicio de 2017 para la adquisición de bienes terapéuticos involucraron las estrategias y modalidades de contratación previstas en la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público (LAASSP) y su Reglamento; a saber, agrupamiento de partidas, realización de licitaciones con carácter nacional, internacional bajo cobertura de tratados e internacional abierta, uso de la modalidad de Ofertas Subsecuentes de Descuento (OSD) y determinación de precios máximos de referencia. Estas estrategias estuvieron enfocadas a maximizar la tasa de adjudicación, incorporar al mayor número de oferentes y favorecer la obtención de economías de escala.

CUADRO XI.1.

Participantes en las compras consolidadas 2013-2017

	2013	2014	2015	2016	2017
	14 participantes	42 participantes	40 participantes	40 participantes	50 participantes
Dependencias y Entidades Federales	1. IMSS 2. ISSSTE 3. PEMEX 4. SEDENA 5. SEMAR	1. IMSS 2. ISSSTE 3. PEMEX 4. SEDENA 5. SEMAR	1. IMSS 2. ISSSTE 3. PEMEX 4. SEDENA 5. SEMAR	1. IMSS 2. ISSSTE 3. PEMEX 4. SEDENA 5. SEMAR	1. IMSS 2. ISSSTE 3. PEMEX 4. SEDENA 5. SEMAR
Entidades Federativas	1. Baja California 2. Campeche 3. Colima 4. Tlaxcala 5. Veracruz	1. Baja California 2. Campeche 3. Colima 4. Tlaxcala 5. Veracruz 6. Aguascalientes 7. Baja California Sur 8. Chihuahua 9. Ciudad de México 10. Durango 11. Estado de México 12. Guerrero 13. Morelos 14. Nayarit 15. Sinaloa 16. Sonora	1. Baja California 2. Colima 3. Tlaxcala 4. Aguascalientes 5. Baja California Sur 6. Chihuahua 7. Ciudad de México 8. Durango 9. Estado de México 10. Guerrero 11. Morelos 12. Nayarit 13. Sonora 14. Oaxaca 15. Puebla 16. Quintana Roo 17. Tabasco 18. Zacatecas	1. Baja California 2. Colima 3. Tlaxcala 4. Baja California Sur 5. Chihuahua 6. Ciudad de México 7. Durango 8. Estado de México 9. Guerrero 10. Morelos 11. Nayarit 12. Sonora 13. Puebla 14. Quintana Roo 15. Michoacán 16. Chiapas 17. Sinaloa 18. San Luis Potosí	1. Aguascalientes 2. Baja California 3. Baja California Sur 4. Ciudad de México 5. Chiapas 6. Chihuahua 7. Colima 8. Durango 9. Estado de México 10. Guanajuato 11. Guerrero 12. Michoacán 13. Morelos 14. Nayarit 15. Oaxaca 16. Puebla 17. Quintana Roo 18. Sinaloa 19. San Luis Potosí 20. Sonora 21. Tabasco 22. Tlaxcala
Institutos de Salud	1. H. de la Mujer 2. H. Nacional Homeopático 3. H. Juárez del Centro 4. I. Nacional de Psiquiatría	1. H. de la Mujer 2. H. Nacional Homeopático 3. H. Juárez del Centro 4. I. Nacional de Psiquiatría 5. H. General de México 6. H. General "Manuel Gea González" 7. H. Infantil de México 8. H. Juárez de México 9. H. Nacional de Neurología 10. H. Alta Esp. Ciudad Victoria 11. H. Alta Esp. Chiapas 12. H. Alta Esp. Ixtapaluca 13. H. Alta Esp. Yucatán 14. I. Nacional de Cancerología 15. I. Nacional de Cardiología 16. I. Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición 17. I. Nacional de Enfermedades Respiratorias 18. I. Nacional de Neurología 19. I. Nacional de Pediatría 20. I. Nacional de Perinatología 21. I. Nacional de Rehabilitación	1. H. de la Mujer 2. H. Nacional Homeopático 3. H. Juárez del Centro 4. H. General de México 5. H. Infantil de México 6. H. Juárez de México 7. H. Nacional de Neurología 8. H. Alta Esp. Ciudad Victoria 9. H. Alta Esp. Ixtapaluca 10. H. Alta Esp. Yucatán 11. I. Nacional de Cardiología 12. I. Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición 13. I. Nacional de Enfermedades Respiratorias 14. I. Nacional de Neurología 15. I. Nacional de Pediatría 16. I. Nacional de Rehabilitación 17. HRAE del Bajío	1. H. de la Mujer 2. H. Nacional Homeopático 3. H. Juárez del Centro 4. H. General de México 5. H. Infantil de México 6. H. Juárez de México 7. I. Nacional de Cardiología 8. H. Alta Esp. Ciudad Victoria 9. H. Alta Esp. Ixtapaluca 10. H. Alta Esp. Yucatán 11. I. Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición 12. I. Nacional de Enfermedades Respiratorias 13. I. Nacional de Neurología 14. I. Nacional de Pediatría 15. I. Nacional de Rehabilitación 16. S.A. Psiquiátrica 17. CRAE Chiapas	1. H. de la Mujer 2. H. Nacional Homeopático 3. H. Juárez del Centro 4. H. General de México 5. H. Infantil de México 6. H. Juárez de México 7. I. Nacional de Cardiología 8. H. Alta Esp. Ciudad Victoria 9. H. Alta Esp. Ixtapaluca 10. H. Alta Esp. Yucatán 11. I. Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición 12. I. Nacional de Enfermedades Respiratorias 13. I. Nacional de Neurología 14. I. Nacional de Pediatría 15. I. Nacional de Rehabilitación 16. S.A. Psiquiátrica 17. Centro Regional de Alta Especialidad CRAE Chiapas 18. H. General "Manuel Gea González" 19. Hospital Regional de Alta Especialidad HRAE Bajío 20. Hospital Regional de Alta Especialidad HRAE Oaxaca 21. I. Nacional de Cancerología 22. I. Nacional de Perinatología 23. I. Nacional de Psiquiatría

Fuente: Dirección de Administración, IMSS.

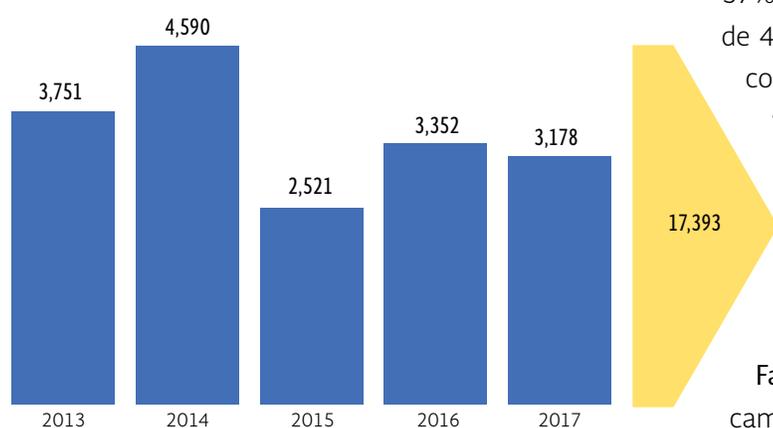
CUADRO XI.2. Compra consolidada (comparativo 2013-2017)

Rubro		2013	2014	2015	2016	2017
Volumen de la compra	Participantes	14	42	40	40	50
	Importes convocados ^{1/}	43,000	51,000	48,000	49,000	58,000
	Ahorros ^{1/}	3,700	4,600	2,521	3,352	3,178
Competencia: Ofertas Subsecuentes de Descuento	Eventos	5	7	10	3	3
	Claves	86	119	141	44	40
	Monto adjudicado ^{1/}	7,909	8,403	13,299	3,102	3,698
	Ahorros ^{1/}	1,012	1,263	761	52	664

^{1/} Millones de pesos.

Fuente: Dirección de Administración, IMSS.

GRÁFICA XI.2. Ahorros generados por la compra consolidada (millones de pesos)



Fuente: Dirección de Administración, IMSS

Consumo en demanda

Por otra parte, el IMSS continúa fortaleciendo su cadena de suministro a través de esquemas de reaprovisionamiento como **Consumo en Demanda**, consistiendo en que los inventarios de medicamentos de mayor consumo son administrados por el proveedor, logrando que, en coordinación con el Instituto, se mantengan niveles óptimos de inventario para garantizar el abasto oportuno y disminuir el costo de administración de estos insumos.

La aplicación de este modelo inició en 2014 y para 2017 se utilizó en 25 medicamentos que representan 37% del total de piezas adquiridas, es decir, poco más de 440 millones de piezas. Cabe señalar que si bien el consumo de dichos fármacos es alto, su valor es equivalente a 2,752 millones de pesos, lo que representa 9% del importe total contratado.

Entrega directa en farmacia

Asimismo, también desde el año 2014 se viene operando el esquema de **Entrega Directa en Farmacias** de hospitales, mediante el cual los medicamentos de alta especialidad y alto costo son entregados por el proveedor directamente a las farmacias del Instituto. A través de este proceso, durante 2017 se continuó con la optimización de la distribución y costos de almacenaje de los 86 principales medicamentos de alto costo y alta especialidad y se garantiza la entrega oportuna a los derechohabientes de poco más de un millón de piezas (0.1% del total de piezas de medicamentos), equivalentes a aproximadamente 7 mil millones de pesos, es decir, alrededor de 24% del importe total de medicamentos que se contratan. En el segundo semestre del año 2017 se agregó a este esquema la compra de 2 medicamentos para el tratamiento de la hepatitis "C", lo que significó el manejo de 4,800 piezas de medicamentos de alto costo por un importe de

296.6 millones de pesos. Cabe señalar que estos 2 medicamentos tienen una efectividad de 95% sin causar daños ni efectos secundarios, y reducen el tiempo de tratamiento de este padecimiento en 75% respecto a las terapias utilizadas anteriormente.

Programa Tu Receta es Tu Vale

El Programa Tu Receta es tu Vale consiste en que cuando algún medicamento no se encuentra disponible en la farmacia de la Unidad de Medicina Familiar (UMF) que le corresponde al derechohabiente, la receta se activa como un vale que podrá cambiar en el Centro de Canje habilitado para ello o en cualquiera de las farmacias del IMSS participantes, y así evitar interrupciones en los tratamientos médicos.

En marzo de 2015, el IMSS inició este programa en 48 UMF de las Delegaciones Norte y Sur de la Ciudad de México, beneficiando a una población de 4.3 millones de derechohabientes, lo cual les permitió ubicarse en los primeros lugares en el índice de atención de recetas a nivel nacional, al pasar de 97.5% al inicio del programa a 99.63% al cierre de 2017, calculado para las dos delegaciones en conjunto.

En marzo de 2017, el programa se implementó en la zona oriente del Estado de México, y en septiembre del mismo año, en la zona metropolitana de las ciudades de Guadalajara y Puerto Vallarta, en Jalisco, con lo que se ha logrado impactar adicionalmente a más de 7.5 millones de derechohabientes que se encuentran adscritos a 73 UMF.

Las cifras acumuladas desde el inicio del programa, al cierre del mes de diciembre de 2017, establecidas en el cuadro XI.3, son:

La implementación del Programa Tu Receta es Tu Vale, en la Ciudad de México, así como su extensión en Jalisco y Estado de México, coadyuvó de manera positiva a garantizar la atención integral de los derechohabientes, ya que derivado de este proyecto, a nivel nacional se han realizado acciones de monitoreo del abasto que han impactado de manera positiva el nivel de atención de recetas en todo el país, con 99.4% al cierre de 2017: Esto representa el registro más alto no solo en la historia del Instituto, sino también del Sector Salud.

Centros Automatizados de Distribución de Insumos Terapéuticos

Mediante los Centros Automatizados de Distribución de Insumos Terapéuticos (CADIT), implementados desde el año 2012 en las 25 Unidades Médicas de Alta Especialidad (UMAE) del Instituto, se distribuyen medicamentos en dosis unitarias personalizadas a los pacientes hospitalizados, con lo que se mejora el control en el consumo de los medicamentos, se reduce el tiempo que el personal de enfermería dedica a obtener y administrar inventarios de medicamentos y se aumenta la seguridad de los pacientes.

Durante el año 2017 se cubrió la demanda de 427,298 pacientes hospitalizados en las 25 UMAE y se mantuvo la contención en el crecimiento del gasto anual

CUADRO XI.3.
Programa de vales de medicamentos

Delegación	Vales emitidos	Vales canjeados	Índice de atención de recetas (%)	Disminución de quejas (%)	Emisión de recetas electrónicas (%)
Ciudad de México, Delegaciones Norte y Sur	238,134	93,508	99.63	95.1	93.8
Tequesquínahuac, Estado de México Oriente	76,233	23,765	99.33	96.8	88.7
Guadalajara y Puerto Vallarta, Jalisco	9,538	4,662	99.73	98.1	92.6

Fuente: Dirección de Administración, IMSS.

por consumo de medicamentos en dichas unidades médicas, el cual era durante el periodo 2007 a 2012 del orden de 8.2% en promedio, en contraste con el crecimiento promedio de 2.3% para el periodo 2013-2017. En 10 de las 25 UMAE se registró una disminución en el consumo de medicamentos del orden de 107 millones de pesos, respecto a 2016.

XI.1.2. Racionalización del gasto en otorgamiento de servicios médicos

En julio de 2017 se realizó la contratación plurianual por 22 meses para el servicio integral de Rehabilitación Pediátrica, autorizada por el H. Consejo Técnico, por un importe del orden de 19 millones de pesos, a través de adjudicación directa, iniciando su operación a partir del 11 de julio de 2017 y hasta el 31 de mayo de 2019 (cuadro XI.4).

XI.1.3. Optimización del gasto administrativo y de operación

Derivado de la prioridad que representa para este Instituto la optimización de los recursos destinados al gasto administrativo y con la finalidad de lograr un ejercicio idóneo del mismo, en el rubro de conservación, durante el año 2017 se incrementó a nivel nacional el servicio de mantenimiento preventivo y correctivo a equipos médicos y electromecánicos con los que se brinda atención médica en materia de estudios, diagnóstico,

tratamiento, suministro de fluidos y energéticos, con la finalidad de contar con equipos disponibles que permitan brindar un mejor servicio. Asimismo, se fortaleció el esquema de arrendamiento de vehículos administrativos, operativos y ambulancias con el objetivo de garantizar traslados dignos a los derechohabientes y al personal administrativo y operativo que labora en el Instituto, bajo el cual el proveedor es el responsable de administrar la plantilla vehicular, haciéndose cargo de los mantenimientos preventivos y correctivos, el aseguramiento y cualquier costo asociado, además de garantizar la disponibilidad inmediata de vehículos en caso de descompostura o accidente. Con estas acciones se logró mejorar la calidad del servicio y una reducción del gasto en diversos rubros.

Conservación y mantenimiento de equipo médico y electromecánico

En el rubro de conservación y mantenimiento de equipo médico y electromecánico, durante el ejercicio 2017 se implementaron estrategias en esta materia a nivel nacional, todas ellas en concordancia con el “Plan Nacional de Desarrollo” (PND) 2013-2018, alineados a la meta 2. México Incluyente, que tiene como objetivo: asegurar el acceso a los servicios de salud; con el Programa Sectorial de Salud 2013-2018, el cual tiene como meta 2. Asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad, y con el Programa Institucional del Instituto

CUADRO XI.4.

Importe por delegación para la contratación plurianual del Servicio Integral de Rehabilitación Pediátrica

(miles de pesos)

Delegación/UMAE	2017		2018		2019		Total	
	Mínimo	Máximo	Mínimo	Máximo	Mínimo	Máximo	Mínimo	Máximo
Coahuila	598	1,494	1,368	3,420	477	1,193	2,443	6,107
Edo. de México Oriente	484	1,192	410	968	410	968	1,304	3,129
Jalisco	819	2,049	2,004	5,010	639	1,598	3,463	8,657
Veracruz Norte	106	266	240	601	96	240	443	1,107
Total	2,007	5,000	4,022	10,000	1,622	4,000	7,652	19,000

Fuente: Dirección de Administración, IMSS.

Mexicano del Seguro Social 2014-2018; lo anterior con la intención de colaborar con:

- Mayores índices de eficiencia, para mejorar la calidad de los servicios que se proporcionan en la atención médica a los derechohabientes.
- Ejecución de acciones oportunas para atender prioritariamente la solución de problemas de conservación.
- Promoción a la utilización racional de los recursos y disciplina presupuestaria.
- Capacitación especializada y constante al personal de Conservación.

Durante el ejercicio 2017, las acciones encaminadas a mejorar la calidad en la atención médica de los derechohabientes, a aumentar la eficiencia de los recursos institucionales, así como a evitar retrasos en los estudios de diagnóstico y tratamientos por fallas en los equipos, fueron las siguientes:

- Contratación de mantenimiento plurianual a equipo médico por un periodo de 3 años para unidades de primer, segundo y tercer niveles de atención médica, autorizado mediante acuerdo ACDO.AS3.HCT.220217/28.P.DA, donde se tiene cubierto un universo total de 23,447 equipos, formalizados en 20 contratos, por un monto que asciende a los 4,493 millones de pesos.
- El proyecto de Sustitución de Equipo Electromecánico, con la siguiente adquisición:
 - Sustitución de 87 generadores de vapor a nivel nacional, por un monto de 343 millones de pesos.
 - Sustitución de 258 equipos de aire acondicionado a nivel nacional, por un monto de 357 millones de pesos.

Para el ejercicio 2018, se tiene proyectado dar seguimiento puntual al proyecto de mantenimiento de equipo médico, así como dar continuidad a las políticas de renovación de equipo de aire acondicionado median-

te el Programa de Sustitución de Equipo Electromecánico, considerando la renovación de un estimado de 487 equipos.

Arrendamiento de vehículos

Contar con una plantilla de parque vehicular en cantidad suficiente y en óptimas condiciones de funcionamiento, constituye una valiosa e indispensable herramienta para el otorgamiento de un servicio médico de calidad.

Con el esquema de arrendamiento de vehículos administrativos, operativos y ambulancias, donde el proveedor es el responsable de administrar la plantilla vehicular, se ha logrado mejorar la calidad del servicio y una reducción del gasto en diversos rubros como el mantenimiento y aseguramiento vehicular.

Bajo este esquema, se continuó con la segunda etapa del servicio de arrendamiento de ambulancias, realizándose, en el ejercicio 2016, el procedimiento licitatorio para poner en operación nuevas ambulancias a partir de 2017. La contratación se formalizó mediante un contrato plurianual por 4 años, poniendo en operación un total de 456 ambulancias. Con estas acciones, a la fecha, el Instituto cuenta con 816 ambulancias contratadas bajo el esquema de arrendamiento.

A través de estas acciones se ha renovado poco más de 50% de la plantilla vehicular de ambulancias con las que cuenta el Instituto a nivel nacional, lo que ha permitido ofrecer a los derechohabientes y sus acompañantes mejores condiciones de seguridad, comodidad, oportunidad y calidad en el servicio, así como la reducción de gastos de operación.

Respecto a vehículos para servicio administrativo, en el ejercicio 2017 se realizó la contratación de 125 vehículos bajo el esquema de arrendamiento; mismos que iniciaron operación a partir del mes de marzo. Actualmente, el Instituto cuenta con 915 vehículos arrendados, integrados por 587 vehículos administrativos y de operación, y 328 vehículos de carga.

XI.1.4. Acciones para optimizar la utilización de inmuebles

En cumplimiento al objetivo del Instituto, respecto a continuar con las acciones necesarias para el mejor uso y aprovechamiento inmobiliario, entre otras acciones se encuentran: reducir el gasto en arrendamiento de inmuebles, analizando la viabilidad de dar uso a aquellos desaprovechados o, en su defecto, llevar a cabo su enajenación; así como realizar permanentemente trabajos de conciliación con los Órganos Administrativos de Operación Desconcentrada, y visitas de verificación a los inmuebles, encaminadas a vigilar el cumplimiento de la optimización de recursos; mantener actualizada la información de los inmuebles propios y arrendados en el Instituto de Administración y Avalúos de Bienes Nacionales (INDAABIN), a través de los módulos con los que cuenta en su plataforma electrónica denominados Sistema de Inventario del Patrimonio Inmobiliario Federal y Paraestatal (PIFP) y Sistema de Contratos de Arrendamientos y Otras Figuras de Ocupación, así como en el Registro Único de Servidores Públicos (RUSP) específicamente en los campos de “Superficie construida en metros cuadrados” y “Número de empleados-servidores públicos-por inmueble”, promoviendo con ello el mejor aprovechamiento de los inmuebles en uso o arrendamiento.

Como resultado de lo anterior y como parte de las acciones del Programa de Aprovechamiento Inmobiliario, al cierre del ejercicio 2017 el Instituto ha logrado un avance de más de 96% en el registro de los inmuebles en el INDAABIN, y en el RUSP un avance de 98% en cuanto al registro de la ubicación física de cada uno de los puestos que integran la nómina de la institución.

Del mismo modo, durante el ejercicio 2017 se realizaron diversas acciones encaminadas al análisis de los espacios disponibles en los inmuebles propios y arrendados, a fin de optimizarlos y con ello mejorar la disposición y aprovechamiento de los mismos. Algunas de las acciones realizadas se describen a continuación:

Arrendamiento de inmuebles

Durante el ejercicio 2017 se continuó con la revisión de los espacios disponibles en inmuebles institucionales, optimizando el costo que genera el Programa de Arrendamiento.

Al cierre de 2017, se logró reducir el número de contratos de arrendamiento de 330 a 314, lo que representa una disminución de 5.1%; de igual forma se continuó con la estrategia de generar acciones que permitan reducir la superficie rentable destinada al servicio de resguardo de bienes sujetos a depuración, enajenación, así como a transferencias en materia de archivo de concentración.

El Programa de Arrendamiento Inmobiliario del ejercicio 2017 únicamente contempló la contratación de 2 nuevos arrendamientos con motivo de las acciones derivadas del sismo del pasado 19 de septiembre y 18 cancelaciones de inmuebles arrendados, como resultado de la optimización del patrimonio inmobiliario institucional, que se realizó sin afectar el otorgamiento de los servicios que brinda el Instituto; procurando así la contención del gasto sobre el presupuesto anual asignado de 277.9 millones de pesos, logrando al cierre un gasto en la cuenta de arrendamiento inmobiliario de 248 millones de pesos.

Aprovechamiento de los espacios institucionales

Durante el ejercicio de 2017 se dio continuidad a las acciones de comercialización de espacios destinados a diversas actividades como la venta de alimentos y bebidas saludables, aparatos ortopédicos, libros, servicios de fotocopiado, entre otros; esto con la finalidad de aprovechar los espacios en inmuebles del Instituto, a fin de ofrecer servicios complementarios a la población derechohabiente. Las cuotas que se cobraron a los permisionarios por el uso de áreas institucionales bajo la figura de Permisos de Uso Temporal Revocable fueron actualizadas respecto al año anterior con base en el índice inflacionario.

Con lo anterior, en 2017, el Instituto tuvo ingresos del orden de 156 millones de pesos por el cobro de Permisos de Uso Temporal Revocable a diversos establecimientos, cifra superior en 19% con respecto al ejercicio anterior.

XI.1.5. Inversión física

Para dar seguimiento al compromiso de lograr el crecimiento y mejorar la infraestructura del Instituto, con el propósito de brindar atención con calidez y calidad a los derechohabientes y ampliar la capacidad instalada, durante el año 2017 se continuó con el programa de apertura de 12 Hospitales y 40 Unidades de Medicina Familiar (UMF) a nivel nacional, además de la ampliación y remodelación de diversas áreas de servicio y atención al derechohabiente en unidades médicas y no médicas existentes.

En este contexto, en el ejercicio 2017 con el Programa de Inversión Física el IMSS concluyó la construcción de 8 unidades médicas nuevas: el Hospital General de Zona de 144 camas de Nogales, Sonora (compromiso presidencial CG-194); el Hospital General de Zona de 144 camas ubicado en Aguascalientes, Aguascalientes;

las Unidades de Medicina Familiar en Tesistán, Jalisco; Nacajuca, Tabasco; María Cecilia, San Luis Potosí; Pachuca, Hidalgo; Corregidora, Querétaro; la Clínica de Mama en Magdalena de las Salinas, Ciudad de México, así como la construcción nueva por sustitución de 2 Unidades de Medicina Familiar más localizadas en Zacatecas, Zacatecas y San Marcos, Guerrero. Todas estas obras fueron desarrolladas con una inversión de 2,722.9 millones de pesos en beneficio de 1'212,874 derechohabientes (cuadro XI.5).

En un esfuerzo por consolidar el fortalecimiento de unidades médicas, en 2017 terminaron su proceso constructivo las siguientes acciones de obra: ampliaciones y remodelaciones del área de Urgencias del Hospital de Especialidades de la Unidad Médica de Alta Especialidad de Guadalajara, Jalisco; del área de Urgencias del Hospital General Regional No. 1 en Ciudad Obregón, Sonora y también del área de Urgencias del Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 5 en Tula de Allende, Hidalgo. Se amplió y remodeló el área de Tococirugía del Hospital General Regional No. 1 en Querétaro, Querétaro; se concluyó la primera etapa de la ampliación y remodelación de la Unidad

CUADRO XI.5.
Obras médicas nuevas concluidas

No.	Delegación	Localidad	Unidad	Tipo de obra	Fecha de término
1	Aguascalientes	Aguascalientes	HGZ ^{2/} 144 Camas	Nueva	noviembre 2017
2	Sonora	Nogales ^{1/}	HGZ 144 Camas	Nueva	diciembre 2017
3	Jalisco	Tesistán	UMF ^{3/} 10 Consultorios	Nueva	junio 2017
4	Tabasco	Nacajuca	UMF 10 Consultorios, AMC ^{4/}	Nueva	diciembre 2017
5	San Luis Potosí	María Cecilia	UMF 10 Consultorios	Nueva	febrero 2017
6	Hidalgo	Pachuca	UMF 6 Consultorios	Nueva	junio 2017
7	Querétaro	Corregidora	UMF 6 Consultorios, AMC	Nueva	diciembre 2017
8	CDMX Norte	Magdalena de Las Salinas	Clínica de mama	Nueva	octubre 2017
9	Zacatecas	Zacatecas	UMF No. 1, 10 Consultorios	Sustitución	mayo 2017
10	Guerrero	San Marcos	UMF No. 12, 2 Consultorios	Sustitución	febrero 2017
10	Total de acciones				

^{1/} El Hospital General de Zona de 144 camas de Nogales, Sonora, sustituye al actual Hospital de esta localidad, el cual contaba con 84 camas censables; la construcción nueva por sustitución incrementa en 60 el total de camas censables.

^{2/} Hospital General de Zona.

^{3/} UMF: Unidad de Medicina Familiar.

^{4/} AMC: Atención Médica Continua.

Fuente: Dirección de Administración, IMSS.

de Cuidados Intensivos Adultos del Hospital de Gineco Obstetricia y Pediatría No. 2 de Los Mochis, Sinaloa (cuadro XI.6). Asimismo, se demolió el Hospital General de Zona No. 26, ubicado en la colonia Hipódromo Condesa, en la Ciudad de México, ya que contaba con daño estructural a consecuencia del sismo ocurrido el 20 de marzo de 2012, lo que representaba un riesgo para la población derechohabiente, personal del Instituto y transeúntes.

A fin de mejorar la funcionalidad e imagen de la infraestructura no médica, el IMSS concluyó la ampliación y remodelación de la pista, baños y vestidores en el Centro de Seguridad Social, en Veracruz, Veracruz; la ampliación y remodelación de las Guarderías No. 1 y No. 2 de Villahermosa, Tabasco y Monterrey, Nuevo León, respectivamente.

Es importante resaltar que al cierre del ejercicio 2017 continúan su proceso constructivo los Hospitales Generales Regionales de 260 camas y 250 camas, localizados en los municipios de El Marqués, Querétaro y León, Guanajuato, así como los Hospitales Generales de Zona de 90 camas en Atlacomulco, Estado de México y Ciudad Acuña, Coahuila, y un Hospital General de Zona de 144 camas en Pachuca, Hidalgo. Esta infraestructura incrementa la capacidad instalada del IMSS en 834 camas y se desarrollará con una inversión física de

casi 5,166 millones de pesos, en beneficio de más de 1 millón de derechohabientes.

En este mismo contexto, continúan su proceso constructivo 17 UMF, de las cuales 13 son obras nuevas y 4 son de sustitución. Respecto de las nuevas UMF, 12 de ellas cuentan con 10 consultorios y están ubicadas en Celaya, Guanajuato; Ciudad Juárez y Chihuahua en el estado de Chihuahua; Saltillo, Coahuila; Mazatlán, Sinaloa; Tláhuac, Ciudad de México; Aguascalientes, Aguascalientes; Reynosa, Tamaulipas; Cabo San Lucas, Baja California Sur; Tonalá, Jalisco; San José Chiapa, Puebla; Coatzacoalcos, Veracruz y una de 2 consultorios en Cocula, Jalisco.

En lo referente a las 4 UMF nuevas por sustitución, se continúa el proceso constructivo en 2 equipadas con 10 consultorios, localizadas en Cajeme, Sonora y Tizayuca, Hidalgo y en 2 de 6 consultorios ubicadas en Delicias, Chihuahua y Tepic, Nayarit (cuadro XI.7).

Es importante mencionar que se encuentran en proceso de planeación 18 UMF, de las cuales 11 cuentan con 10 consultorios y están ubicadas en Pedro Escobedo, Querétaro; Apodaca, Nuevo León; San Nicolás de los Garza, Nuevo León; Rosarito, Baja California; León, Guanajuato; Torreón, Coahuila; Montejo, Yucatán; Tarímbaro, Michoacán; Benito Juárez, Quintana Roo; Juárez, Nuevo León y Magdalena de las Salinas, Ciudad

CUADRO XI.6.
Obras médicas de ampliación y/o remodelación concluidas

No.	Delegación	Localidad	Unidad	Tipo de obra	Fecha de término
1	Jalisco	Guadalajara	CMNO ^{1/} UMAE H. Especialidades	A y/o R Urgencias	noviembre 2017
2	Sonora	Cd. Obregón	HGR ^{2/} No. 1	A y/o R Urgencias	noviembre 2017
3	Hidalgo	Tula de Allende	HGZ/MF ^{3/} No. 5	A y/o R Urgencias	octubre 2017
4	Querétaro	Querétaro	HGR No. 1	A y/o R Tococirugía	noviembre 2017
5	Sinaloa	Los Mochis	HGOP ^{4/} No. 2	A y/o R Unidad de Cuidados Intensivos Adultos	octubre 2017
5	Total de acciones				

^{1/} CMNO: Centro Médico Nacional de Occidente, UMAE: Unidad Médica de Alta Especialidad.

^{2/} Hospital General Regional.

^{3/} Hospital General de Zona con Medicina Familiar.

^{4/} Hospital de Gineco Obstetricia y Pediatría.

Fuente: Dirección de Administración, IMSS.

CUADRO XI.7.
Obras médicas en proceso constructivo

No.	Delegación	Localidad	Unidad	Tipo de obra	Fecha de término ^{1/}
Hospitales					
1	Guanajuato	León	HGR ^{2/} 250 Camas	Nueva	abril 2018
2	Querétaro	El Marqués	HGR 260 Camas	Nueva	agosto 2018
3	Estado de México Poniente	Atzacmulco	HGZ ^{3/} 90 Camas	Nueva	febrero 2019
4	Coahuila	Ciudad Acuña	HGZ 90 Camas	Nueva	diciembre 2018
5	Hidalgo	Pachuca	HGZ 144 Camas	Nueva	diciembre 2018
Unidades de Medicina Familiar					
1	Guanajuato	Celaya	UMF ^{4/} 10 consultorios	Nueva	abril 2018
2	Chihuahua	Ciudad Juárez	UMF 10 Consultorios	Nueva	junio 2018
3	Chihuahua	Chihuahua	UMF 10 Consultorios	Nueva	mayo 2018
4	Coahuila	Saltillo	UMF 10 Consultorios	Nueva	diciembre 2018
5	Sinaloa	Mazatlán	UMF 10 Consultorios	Nueva	julio 2018
6	CDMX Sur	Tláhuac	UMF 10 Consultorios	Nueva	marzo 2018
7	Aguascalientes	Zona Industrial	UMF 10 Consultorios	Nueva	noviembre 2018
8	Tamaulipas	Reynosa	UMF 10 Consultorios	Nueva	octubre 2018
9	Baja California Sur	Cabo San Lucas	UMF 10 Consultorios	Nueva	diciembre 2018
10	Jalisco	Tonalá	UMF 10 Consultorios, AMC ^{5/}	Nueva	junio 2018
11	Puebla	San José Chiapa	UMF 10 Consultorios, AMC	Nueva	abril 2018
12	Veracruz Sur	Coatzacoalcos	UMF 10 Consultorios, AMC	Nueva	octubre 2018
13	Jalisco	Cocula	UMF 2 Consultorios, AMC	Nueva	marzo 2018
14	Sonora	Cajeme	UMF No. 66, 10 Consultorios AMC	Sustitución	diciembre 2018
15	Hidalgo	Tizayuca	UMF No. 18, 10 Consultorios	Sustitución	mayo 2018
16	Nayarit	Tepic	UMF No. 5, 6 Consultorios	Sustitución	octubre 2018
17	Chihuahua	Delicias	UMF No. 20, 6 Consultorios AMC	Sustitución	septiembre 2018
22	Total de acciones				

^{1/} Las fechas reportadas son susceptibles de modificarse en razón de su desarrollo constructivo.

^{2/} Hospital General Regional.

^{3/} Hospital General de Zona.

^{4/} Unidad de Medicina Familiar.

^{5/} Atención Médica Continua.

Fuente: Dirección de Administración, IMSS.

de México; 4 serán con el esquema de 6 consultorios, ubicadas en Salamanca, Guanajuato; Mixquiahuala, Hidalgo; Xoxocotlán, Oaxaca y Emiliano Zapata, Morelos; 2 cuentan con 2 consultorios ubicadas en Mezcala, Guerrero y Pitiquito, Sonora; y 1 será de 14 consultorios ubicada en Mérida, Yucatán. (cuadro XI.8).

También se está llevando a cabo la construcción de la sustitución de la Central de Servicios del Centro Médico Nacional “La Raza”, la sustitución del Centro de Atención Inmediata para Casos Especiales a ubicarse

en Hermosillo, Sonora, así como las subdelegaciones de Tepatitlán, Jalisco y Tepeapulco, Hidalgo.

Asimismo, se mantiene la acción de reforzamiento de infraestructura existente a través de obras de ampliación y remodelación en: el servicio de Urgencias en el Hospital General de la UMAE del Centro Médico Nacional “La Raza”, Ciudad de México; del Hospital General de Subzona con Medicina Familiar No. 1 de Chetumal, Quintana Roo; del Hospital General de Subzona con Medicina Familiar No. 26 en Cabo San Lucas, Baja California

CUADRO XI.8.
Unidades Médicas Familiares en planeación

No.	Delegación	Localidad	Unidad	Tipo de obra
1	Nuevo León	Apodaca	UMF ^{1/} 10 Consultorios, AMC ^{2/}	Nueva
2	Nuevo León	San Nicolás de los Garza	UMF 10 Consultorios, AMC	Nueva
3	Baja California	Rosarito	UMF 10 Consultorios, AMC	Nueva
4	Guanajuato	Salamanca	UMF 6 Consultorios, AMC	Nueva
5	Yucatán	Mérida	UMF 14 Consultorios, AMC	Nueva
6	Guanajuato	León	UMF 10 Consultorios	Nueva
7	Coahuila	Torreón	UMF 10 Consultorios, AMC	Nueva
8	Yucatán	Montejo	UMF 10 Consultorios	Nueva
9	Michoacán	Tarímbaro	UMF 10 Consultorios, AMC	Nueva
10	Quintana Roo	Benito Juárez	UMF 10 Consultorios	Nueva
11	Guerrero	Mezcala	UMF 2 Consultorios	Nueva
12	Nuevo León	Juárez	UMF 10+5 Consultorios, AMC	Nueva
13	Oaxaca	Xoxocotlán	UMF 6+3 Consultorios, AMC	Nueva
14	CDMX Norte	Magdalena de las Salinas	UMF 10+5 Consultorios	Nueva
15	Morelos	Emiliano Zapata	UMF 6+3 Consultorios	Nueva
16	Querétaro	Pedro Escobedo	UMF 10 Consultorios, AMC	Sustitución
17	Sonora	Pitiquito (Puerto Libertad)	UMF/H ^{3/} No. 51, 2 Consultorios	Sustitución
18	Hidalgo	Mixquiahuala	UMF 6 Consultorios, AMC	Sustitución
18	Total de acciones			

^{1/}Unidad de Medicina Familiar.

^{2/}Atención Médica Continua.

^{3/}Unidad de Medicina Familiar con hospitalización.

Fuente: Dirección de Administración, IMSS.

Sur; de la UMAE del Hospital de Cardiología del Centro Médico Nacional “Siglo XXI”, en la Ciudad de México; del Hospital General de Subzona con Medicina Familiar No. 6 de San José del Cabo, Baja California Sur; de las Unidades de Cuidados Intensivos Adultos del Hospital de Gineco Obstetricia No. 221 en Toluca, Estado de México; del Hospital de Gineco Pediatría No. 1 de Hermosillo, Sonora; de las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales del Hospital General de Zona No. 46 en Gómez Palacio, Durango; del Hospital General Regional No. 1 en Querétaro, Querétaro; Hospital General de Pediatría No 2 en los Mochis, Sinaloa así como en el Hospital General de Zona No. 1 de Zacatecas, Zacatecas; del Hospital General de Subzona con Medicina Familiar No. 2 de Cozumel, Quintana Roo; la ampliación y remodelación de 2 consultorios de la Unidad de Medicina Familiar

No. 8 de Santa Rosalía, Baja California Sur; la Unidad de Medicina Familiar No. 21 de Paraíso, Tabasco; además, de las aulas del Hospital General Regional No. 1 de Mérida, Yucatán, y los quirófanos del Hospital General Regional No. 1 de Cuernavaca, Morelos. Asimismo, la adecuación de la Unidad Oncológica del Hospital General de Subzona con Medicina Familiar No. 1 de Durango, Durango; la sustitución de la escalera de emergencia de la UMAE Hospital de Especialidades No. 14 en Veracruz, Veracruz; la ampliación y remodelación de Tococirugía del Hospital General de Subzona con Medicina Familiar No. 1 de San Luis Potosí, San Luis Potosí, y la sustitución de la fachada de la UMAE Hospital de Especialidades de León, Guanajuato; la ampliación y remodelación de los quirófanos del Hospital General de Zona, con Medicina Familiar No. 2 en San Luis Potosí, San Luis Potosí.

Igualmente, se está reestructurando el Hospital de Especialidades de la UMAE del Centro Médico Nacional “La Raza”, en la Ciudad de México; el Hospital General de Subzona con Medicina Familiar No. 3 en Chilpancingo, Guerrero; el Hospital General de Zona No. 98 en Coacalco y el Hospital General Regional No. 196 en Ecatepec, ambos en el Estado de México, y de la Unidad de Medicina Familiar con Unidad Médica de Atención Ambulatoria No. 76 en Nuevo Laredo, Tamaulipas.

Finalmente, se están llevando a cabo la ampliación y remodelación del aula de *spinning* del Centro de Seguridad Social de Tepic, Nayarit, y de los almacenes delegacionales de San Felipe Hueyotlipan, Puebla, y de Culiacán, Sinaloa.

Por otro lado, debido a la creciente demanda de servicios de salud y con el propósito de contribuir con la sustentabilidad del sistema de seguridad social del país, se están desarrollando 4 hospitales de segundo nivel de atención bajo el esquema de Asociación Público-Privada (APP): Hospital General de Zona de 144 camas, en Bahía de Banderas, Nayarit; Hospital General de Zona de 180 camas, en Tapachula, Chiapas; Hospital General Regional de 260 camas, en García, Nuevo León, y Hospital General Regional de 260 camas, en Tepetzotlán, Estado de México.

Dichos proyectos se encuentran incluidos en el Anexo 5. A del Presupuesto de Egresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal 2018, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 29 de noviembre de 2017 (cuadro XI.9).

En ese contexto, 3 de estos proyectos, de Nayarit, Chiapas y Nuevo León, ya se encuentran en la etapa de ejecución del Contrato de Asociación Público Privada suscrito con el concursante ganador, mientras que el proyecto a instaurar en el Estado de México finalizó el procedimiento de concurso para su adjudicación.

Respecto al proyecto del Hospital General de Zona de 144 camas en Bahía de Banderas, Nayarit, el 8 de septiembre de 2017 se suscribió el Contrato de Asociación Público Privada número DC17APP0057, y el

8 de diciembre de dicho año se iniciaron los trabajos de construcción en el inmueble.

En cuanto al Hospital General de Zona de 180 camas, en el municipio de Tapachula, Chiapas, el 28 de julio de 2017 se suscribió el Contrato de Asociación Público Privada número DC17APP0054, y el 28 de octubre de 2017 se inició la etapa de construcción de dicho Hospital.

Con relación al Hospital General Regional de 260 camas, en el municipio de García, Nuevo León, el 10 de noviembre de 2017 el IMSS formalizó el Contrato de Asociación Público Privada número DC17APP0071, y el 9 de febrero de 2018 se inició la etapa de construcción de dicho Hospital.

Por lo que corresponde al Hospital General Regional de 260 camas, en el municipio de Tepetzotlán, Estado de México, el pasado 29 de diciembre de 2017 el IMSS emitió el fallo para adjudicar el proyecto al concursante ganador.

XI.1.6. Recursos Humanos

Optimización y racionalización del gasto en Servicios Personales

Durante la presente Administración se han realizado acciones tendientes a contener el gasto, principalmente en actividades administrativas y de apoyo, a través del diseño de nuevos esquemas de control en materia de Servicios Personales. En este sentido, al cierre del ejercicio 2017, 28.9% del total de recursos ejercidos en el IMSS fue destinado a este rubro; cabe señalar que para este ejercicio se aprobó un presupuesto de 176,492.5 millones de pesos; sin embargo, al cierre del año el H. Consejo Técnico autorizó recursos adicionales en el capítulo para el pago de liquidaciones, lo que permitió que se ejerciera un total de 177,080.7 millones de pesos a nivel de flujo de efectivo.

En complemento a lo anterior, es importante mencionar que se han aplicado medidas de racionalidad y uso eficiente de los recursos, tal es el caso de las

CUADRO XI.9.

Proyectos de Asociaciones Público Privadas

Rubro	Variable	Tapachula	Bahía de Banderas	García	Tepetzotlán
Programa o proyecto de inversión	Clave de cartera	0950GYR0005	1550GYR0006	1450GYR0052	1550GYR0008
	Nombre del proyecto	Construcción del Hospital General de Zona (HGZ) de 180 camas en la localidad de Tapachula, en el estado de Chiapas	Construcción del Hospital General de Zona de 144 camas, en Bahía de Banderas, Nayarit	Construcción del Hospital General Regional (HGR) de 260 camas en el Municipio de García, Nuevo León	Construcción del Hospital General Regional de 260 camas en Tepetzotlán, Estado de México
	Descripción del proyecto	Construcción de un Hospital General de Zona de segundo nivel con una capacidad de 180 camas censables, 36 consultorios para la atención de 38 especialidades médicas (29 de consulta externa y 9 de soporte a unidades funcionales) y 8 quirófanos: 6 de cirugía general, 1 de tococirugía y 1 de cirugía ambulatoria. El HGZ contará con una superficie construida de 28,596.61 m ² . Los servicios médicos serán proporcionados por personal del IMSS.	Construcción de un Hospital General de Zona (HGZ) de segundo nivel con una capacidad de 144 camas censables, 35 consultorios para la atención de 36 especialidades médicas (27 de consulta externa y 9 de soporte a unidades funcionales) y 8 quirófanos: 6 de cirugía general, 1 de tococirugía y 1 ambulatorio. El HGZ contará con una superficie construida de 28,177.09 m ² . Los servicios médicos serán proporcionados por personal del IMSS.	Construcción de un Hospital General Regional de segundo nivel con una capacidad de 260 camas censables, 46 consultorios para la atención de 39 especialidades médicas (30 de consulta externa y 9 de soporte a unidades funcionales), 10 quirófanos: 7 de cirugía general, 1 de tococirugía y 2 ambulatorios. El HGR contará con una superficie construida de 38,392.66 m ² . Los servicios médicos serán proporcionados por personal del IMSS.	Construcción de un Hospital General Regional (HGR) de segundo nivel con una capacidad de 260 camas censables, 46 consultorios para la atención de 38 especialidades médicas (29 de consulta externa y 9 de soporte a unidades funcionales) y 12 quirófanos. El HGR contará con una superficie construida de 32,035 m ² . Los servicios médicos serán proporcionados por personal del IMSS.
	Entidad Federativa	Chiapas	Nayarit	Nuevo León	Estado de México
	Etapas del proyecto	Ejecución	Ejecución	Ejecución	Licitación
	Dependencia o Entidad Contratante	Instituto Mexicano del Seguro Social	Instituto Mexicano del Seguro Social	Instituto Mexicano del Seguro Social	Instituto Mexicano del Seguro Social
	Tipo de Programa o Proyecto	Proyecto de Inversión de Infraestructura Social	Proyecto de Inversión de Infraestructura Social	Proyecto de Inversión de Infraestructura Social	Proyecto de Inversión de Infraestructura Social
	Subclasificación	Hospital General	Hospital General	Hospital General	Hospital General
	Fecha de autorización por la Comisión Intersecretarial de Gasto Público, Financiamiento y Desincorporación (CIGPFD)	20 de agosto de 2015	20 de agosto de 2015	20 de agosto de 2015	20 de agosto de 2015
	Estatus del proceso de autorización	Autorizado	Autorizado	Autorizado	Autorizado
Origen del proyecto	Propuesta No Solicitada	Propuesta No Solicitada	Propuesta No Solicitada	Propuesta No Solicitada	
Etapas de preparación del proyecto	Tipo de estudios	N/A	N/A	N/A	N/A
	Costo de los estudios	N/A	N/A	N/A	N/A
Información financiera	Monto Total de la Inversión	1,661,500,560	1,512,175,929	1,864,404,715	1,813,000,000
	Monto erogado en el año (detallado por trimestre)	0	0	0	0
	Monto por erogar	1,661,500,560	1,512,175,929	1,864,404,715	1,813,000,000
Avance físico en ejecución (%)	Avance financiero	0	0	0	0
	Avance en el año (detallado por trimestre)	0	0	0	0
Pagos anuales	Pago total	0	0	0	0
	Pago por disponibilidad	0	0	0	0
	Pago por servicios	0	0	0	0
	Otro pagos	0	0	0	0

N/A: No aplica.

Fuente: Dirección de Administración, IMSS.

contrataciones de servicios por honorarios, mismas que al cierre del ejercicio 2017 generaron un ahorro de 18.2 millones de pesos.

En materia de personal, en el año 2017 se impulsó el crecimiento de la ocupación de médicos, enfermeras y paramédicos, a través de la estrategia de orientación de los recursos a las áreas sustantivas de atención directa al derechohabiente, cuya medición permite conocer la distribución de los recursos y tomar acciones para fortalecer el incremento de las categorías prioritarias.

Al cierre del periodo se obtuvieron resultados positivos, al aumentarse la ocupación de médicos, enfermeras y paramédicos en 2,940 plazas, con respecto al año anterior, coadyuvando así a la mejora de los servicios en los 3 niveles de atención médica. En el mismo periodo, la ocupación de las categorías de técnicos, administrativas y de servicios básicos disminuyó en 546 plazas (cuadro XI.10).

Las estimaciones de corto plazo para cubrir requerimientos de obras, programas médicos, fortalecimiento de plantilla, cobertura de vacancia de médicos y la rama de Limpieza e Higiene, implican un incremento en la ocupación para el cierre del año 2018 de 19,664 plazas.

En 2018, durante el evento de Médicos Residentes celebrado en el mes de marzo, destaca la captación de 4,995 médicos especialistas, 2,700 en plazas de base y 2,295 como sustitutos, que cubren la ausencia de titulares de plazas en diversas unidades y turnos.

CUADRO XI.10.
Clasificación de categoría

Clasificación de categoría	Ocupación		Variación	
	2016	2017	nominal	porcentual
Médicos, Enfermeras y Paramédicos	234,276	237,216	2,940	1.25
Técnicos, Administrativas y Básicos	101,225	100,679	-546	-0.54
Total	335,501	337,895	2,394	0.71

Nota: Considera datos de plazas ocupadas al cierre del tipo de contratación Base del Régimen Ordinario.

Fuente: Dirección de Administración, IMSS.

Ausentismo no programado

Durante el primer semestre del ejercicio 2017, el Ausentismo No Programado (ANP) estuvo determinado por siete variables, entre ellas las incapacidades en el ramo de maternidad; sin embargo, a partir de julio de ese año, con el fin de obtener una mejor estimación de las incidencias, a través de la evaluación del escenario esperado, se rediseñó la fórmula de la meta de ANP y se reclasificó la incapacidad de maternidad al Ausentismo Programado.

Derivado de lo anterior, se obtuvieron dos cierres de la estadística porcentual de ANP: uno por el periodo enero-junio, con un resultado nacional de 3.16% y otro por el periodo julio-diciembre, reflejando un resultado de 2.84%; ambos resultados por debajo de la meta sexenal publicada en el Programa Institucional del Instituto Mexicano del Seguro Social (PIIMSS) de 3.30%.

Acciones en materia de Recursos Humanos

La Unidad de Personal ha realizado las siguientes acciones en materia de ética e integridad:

- i) Comité de Ética. En el marco del cumplimiento al “ACUERDO por el que se modifica el diverso que tiene por objeto emitir el Código de Ética de los servidores públicos del Gobierno Federal, las Reglas de Integridad para el ejercicio de la función pública, y los Lineamientos generales para propiciar la integridad de los servidores públicos y para implementar acciones permanentes que favorezcan su comportamiento ético, a través de los Comités de Ética y de Prevención de Conflictos de Interés”, emitido por la Secretaría de la Función Pública el 22 de agosto de 2017, el Instituto Mexicano del Seguro Social logró obtener el informe favorable, calificado como excelente, derivado de la integración del programa anual de trabajo, los indicadores de cumplimiento, la armonización del Código de Conducta del IMSS, el procedimiento para someter quejas y/o denuncias, así como contar con un Protocolo de atención a quejas y denuncias.

- ii) Certificación en la Norma Mexicana NMX-R-025-SCFI-2015 en Igualdad Laboral y No Discriminación (Norma). El Presidente de la República instruyó a las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal certificarse con la Norma, por lo que la Dirección de Administración del IMSS se certificó el 20 de diciembre de 2016 y la Delegación Querétaro, así como la Subdelegación Regional del Estado de México Poniente se certificaron en dicha Norma el 30 de noviembre de 2017.
- iii) Capacitación. Con el fin de sensibilizar a los trabajadores del Instituto, en 2017 se capacitó a 31,052 trabajadores y trabajadoras en el curso “Actívate por los Derechos Humanos”, en su modalidad en línea y presencial. Asimismo, se sensibilizó a 3,041 trabajadores y trabajadoras en la plática de “Prevención y atención del hostigamiento y acoso sexual”.
- iv) Código de Conducta y de Prevención de Conflictos de Interés de las y los servidores públicos del IMSS. La Secretaría de la Función Pública (SFP) emitió el Informe Favorable por la adecuada armonización del Código de Conducta del IMSS; asimismo, calificó como excelente la evaluación del Comité de Ética del IMSS.
- v) Durante 2017, el Comité de Ética y de Prevención de Conflictos de Interés del IMSS atendió 107 denuncias por presuntos incumplimientos a los Códigos de Ética, de Conducta, y las Reglas de Integridad para el ejercicio de la Función Pública, así como casos de discriminación y hostigamiento y acoso sexual.

XI.2. Inventario de las instalaciones institucionales

Este apartado presenta, al 31 de diciembre de 2017, el inventario inmobiliario y la situación en la que se encuentran las instalaciones y equipo del Instituto, particularmente los dedicados a la atención médica.

XI.2.1. Infraestructura inmobiliaria institucional

De acuerdo con el inventario inmobiliario institucional, al cierre de 2017 se cuenta con un total de 2,886 unidades en operación del Régimen Ordinario. De éstas, 2,239 (78%) están asignadas a la prestación de servicios médicos o son apoyo de los mismos, en tanto que 647 (22%) se destinan a realizar funciones relacionadas con prestaciones económicas y sociales, servicios de incorporación y recaudación, y de administración.

Instalaciones médicas del Régimen Ordinario

Las unidades están organizadas en 3 niveles de atención originadas por la magnitud y complejidad de las necesidades de salud de la población derechohabiente. El primer nivel atiende principalmente servicios preventivos y de Medicina Familiar; el segundo brinda acciones y servicios de Atención Ambulatoria Especializada, Hospitalización y de Urgencias, y el tercer nivel atiende las enfermedades de mayor complejidad, que necesitan equipos e instalaciones especializadas.

Infraestructura nueva integrada en el periodo enero-diciembre de 2017

Como se mencionó en el apartado de Inversión Física, durante el periodo enero-diciembre de 2017 se integraron a la infraestructura institucional nacional nuevas unidades médicas de primer nivel: Unidad de Medicina Familiar con 6 consultorios en Pachuca-Mineral de la Reforma, Delegación Hidalgo; Unidad de Medicina Familiar de 10 consultorios en Tesistán, Zapopan, Delegación Jalisco; Unidad de Medicina Familiar con 6 consultorios en Corregidora, Delegación Querétaro; Unidad de Medicina Familiar de 10 consultorios en María Cecilia, San Luis Potosí, Delegación San Luis Potosí; Unidad de Medicina Familiar con 10 consultorios en Nacajuca, Delegación Tabasco, y Unidad de Medicina Familiar con 10 consultorios en Zacatecas, Zacatecas. También se concluyó la sustitución de 1 unidad médica de primer

nivel: Unidad de Medicina Familiar No. 12 con 2 consultorios en San Marcos, Delegación Guerrero.

En este mismo periodo, en el segundo nivel de atención, se construyó e inauguró la segunda Unidad de Detección y Diagnóstico de Patología Mamaria (Clínica de Mama), en la Colonia Magdalena de la Salinas, Gustavo A. Madero, Ciudad de México, Delegación Norte; además, se concluyó la construcción y se inauguró el Hospital General de Zona de 144 camas en el municipio de Jesús María, Aguascalientes.

Al 31 de diciembre de 2017 el Instituto cuenta con 1,512 unidades de primer nivel, de las cuales 1,111 son Unidades de Medicina Familiar y 381 son unidades auxiliares, con una antigüedad promedio de 37 y 20 años, respectivamente; asimismo, existen 20 Unidades de Medicina Familiar con Unidades Médicas de Atención Ambulatoria (UMAA) (cuadro XI.11).

En el segundo nivel de atención existen 249 unidades con una antigüedad promedio de 40 años. Entre estas se incluyen 37 Unidades Médicas de Atención Ambulatoria, de las cuales 11 corresponden a unidades independientes, 20 son unidades anexas a Unidades de Medicina Familiar y 6 son anexas a hospitales. Las Unidades Médicas de Atención Ambulatoria tienen una antigüedad promedio de 9 años. Se cuenta, además, con 435 unidades que apoyan la atención médica o están dedicadas a la educación e investigación médica (cuadro XI.11). Algunas de estas unidades se encuentran en inmuebles independientes, otras operan en inmuebles de unidades médicas o administrativas del Instituto. Entre ellas se incluyen 369 bibliotecas, 13 centros de investigación educativa y formación docente, 7 escuelas de enfermería y 45 unidades y centros de investigación en salud.

En el tercer nivel de atención se tienen 25 Unidades Médicas de Alta Especialidad y 11 unidades médicas complementarias, las cuales ofrecen servicios para la atención de patologías de alta complejidad diagnóstica y terapéutica. La infraestructura de tercer nivel tiene 42 años de antigüedad en promedio. El cuadro XI.12 contiene el detalle de estas unidades.

En el cuadro XI.13 se presenta la distribución por región, delegación y nivel de atención de las unidades del Régimen Ordinario dedicadas a la prestación de servicios médicos.

Estado físico de las unidades médicas del Régimen Ordinario

Para dar cumplimiento al Artículo 273 de la Ley del Seguro Social se valoró el estado físico que guardan los equipos propios, las instalaciones e inmuebles, de 100% de unidades médicas del Régimen Ordinario del Instituto, al 31 de diciembre de 2017.

El estado físico del equipo fue evaluado como bueno y regular en 97.78% de las unidades de primer nivel de atención, en 97.66% de las de segundo nivel y en 100% de las unidades de tercer nivel.

El porcentaje de las unidades de primer nivel cuyas instalaciones se calificaron que están en condiciones buenas y regulares fue de 96.86%, mientras que el porcentaje correspondiente para el segundo y tercer nivel fue de 96.10% y 96.49%, respectivamente.

Con relación al estado de los inmuebles, los porcentajes obtenidos después de la valoración fueron los siguientes: 95.74%, 96.49% y 97.29% para las unidades de primer, segundo y tercer nivel, respectivamente, calificadas en buenas y regulares condiciones.

Consolidando la información recabada, en los rubros de equipo, instalaciones e inmuebles existe una mejora general de 1.15%; donde se observó que en unidades del primer nivel no se tuvo variación alguna, mientras que dentro del segundo nivel subió en 0.41% y el tercer nivel tuvo un incremento de 0.74% con respecto a los valores del año 2016.

En cuanto al estado físico de los equipos, instalaciones e inmuebles de los tres niveles de atención se pudo observar que no existió variación importante, sobre todo en las unidades de primer nivel donde quedó sin variación alguna entre 2016 y 2017. En lo relativo a la categoría bueno, en lo general, al cierre del año 2017 se obtuvo un incremento en los resultados de la evaluación

CUADRO XI.11.

Infraestructura médica por nivel de atención y tipo de unidad, 2016-2017

(número de unidades)

Tipo de unidad	2016	Nuevas unidades 2017	No. de unidades 2017	Fuera de operación por sismo ^{1/}
Unidades médicas	1,506		1,512	
Primer nivel de atención				
Unidades de Medicina Familiar (UMF)	1,105	6	1,111	2
Unidades de Medicina Familiar con UMAA	20		20	
Unidades Auxiliares de Medicina Familiar (UAMF)	381		381	
Segundo nivel de atención	247		249	
Hospitales Generales	117	1	118	3
Hospitales Generales con MF	112		112	2
Hospitales Generales con UMAA	6		6	1
Unidades Médicas de Atención Ambulatoria (UMAA)	11		11	
Clínica de Mama	1	1	2	
Tercer nivel de atención^{2/}	36		36	
Total de unidades médicas	1,789		1,797	
Infraestructura de apoyo a la atención médica				
Laboratorio de citología exfoliativa	1		1	
Taller de prótesis y órtesis	1		1	
Farmacias centrales	5		5	
Total de infraestructura de apoyo a la atención médica	7		7	
Infraestructura para la capacitación, desarrollo médico e investigación en salud				
Bibliotecas (Centros de investigación y documentación en salud)	359		369	
Escuelas de enfermería	7		7	
Centros de investigación educativa y formación docente	13		13	
Unidades y centros de investigación en salud	45		45 ^{3/}	
Bioterio	1		1	
Total de infraestructura para la capacitación, desarrollo médico e investigación en salud	425		435	
Total	2,221	8	2,239	8

^{1/} Para mayor detalle de este tema, revisar la sección de Atención a daños ocasionados por sismos más adelante.

^{2/} No incluye la Unidad de Consulta Externa, del Centro Médico Nacional (CMN) "La Raza", que es una unidad administrativa que proporciona servicios a las Unidades Médicas de Alta Especialidad, tanto del Hospital de Especialidades como del Hospital General, ambos del mismo CMN.

^{3/} Estas 45 unidades y centros de investigación en salud se distribuyen de la siguiente manera: 21 de Investigación Médica, 10 de Investigación Epidemiológica y en Servicios de Salud, 9 de Investigación en Epidemiología Clínica y 5 Centros de Investigación Biomédica.

Nota: Para el caso de Bibliotecas, durante 2015 se dieron de baja salas de lectura o salas de consulta electrónica del sistema bibliotecario del IMSS, derivado del ordenamiento de espacios físicos en las unidades médicas. Los servicios proporcionados por estos espacios han sido sustituidos por consulta de información científica, a través del Consorcio Nacional de Recursos de Información Científica y Tecnológica (CONRICyT), resultado del convenio de colaboración con el CONACYT.

Fuente: Dirección de Prestaciones Médicas, IMSS.

CUADRO XI.12.

Unidades médicas de tercer nivel y unidades complementarias, 2017^{1/}

Delegación/UMAE/Unidad complementaria

Ciudad de México

1. Hospital de Especialidades "Dr. Antonio Fraga Mouret", Centro Médico Nacional "La Raza"
Hospital de Psiquiatría "Morelos"
Banco Central de Sangre, Centro Médico Nacional "La Raza"
2. Hospital General "Dr. Gaudencio González Garza", Centro Médico Nacional "La Raza"
Hospital de Infectología "Dr. Daniel Méndez Hernández", Centro Médico Nacional "La Raza"
3. Hospital de Gineco-Obstetricia No. 3, Centro Médico Nacional "La Raza"
4. Hospital de Traumatología "Dr. Victorio de la Fuente Narváez", Magdalena de las Salinas
Hospital de Ortopedia "Dr. Victorio de la Fuente Narváez", Magdalena de las Salinas
Unidad de Medicina Física y Rehabilitación Norte
5. Hospital de Cardiología, Centro Médico Nacional "Siglo XXI"
6. Hospital de Especialidades "Dr. Bernardo Sepúlveda Gutiérrez", Centro Médico Nacional "Siglo XXI"
Hospital de Psiquiatría "San Fernando"
Banco Central de Sangre, Centro Médico Nacional "Siglo XXI"
7. Hospital de Pediatría, Centro Médico Nacional "Siglo XXI"
8. Hospital de Oncología, Centro Médico Nacional "Siglo XXI"
9. Hospital de Gineco-Obstetricia No. 4 "Luis Castelazo Ayala"

Estado de México

10. Hospital de Traumatología y Ortopedia "Lomas Verdes"
Unidad de Medicina Física y Rehabilitación Centro

Guadalajara, Jalisco

11. Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional de Occidente
Banco Central de Sangre, Centro Médico Nacional de Occidente
12. Hospital de Pediatría, Centro Médico Nacional de Occidente
13. Hospital de Gineco-Obstetricia, Centro Médico Nacional de Occidente

Monterrey, Nuevo León

14. Hospital de Especialidades No. 25, Centro Médico Nacional del Noroeste
Hospital de Psiquiatría No. 22
15. Hospital de Cardiología No. 34
16. Hospital de Traumatología y Ortopedia No. 21
Unidad de Medicina Física y Rehabilitación No. 1
17. Hospital de Gineco-Obstetricia No. 23 "Dr. Ignacio Morones Prieto"

Torreón, Coahuila

18. Hospital de Especialidades No. 71

Puebla, Puebla

19. Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional "Manuel Ávila Camacho"
20. Hospital de Traumatología y Ortopedia, Centro Médico Nacional "Manuel Ávila Camacho"

León, Guanajuato

21. Hospital de Especialidades No. 1, Centro Médico Nacional del Bajío
22. Hospital de Gineco Pediatría No. 48, Centro Médico Nacional del Bajío

Veracruz, Veracruz

23. Hospital de Especialidades No. 14, Centro Médico Nacional "Lic. Adolfo Ruiz Cortines"

Ciudad Obregón, Sonora

24. Hospital de Especialidades No. 2 "Lic. Luis Donald Colosio Murrieta", Centro Médico Nacional Noroeste

Mérida, Yucatán

25. Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional "Ignacio García Téllez"

^{1/}No incluye la Unidad de Consulta Externa, del Centro Médico Nacional "La Raza", que es una unidad administrativa que proporciona servicios a las Unidades Médicas de Alta Especialidad, tanto del Hospital de Especialidades como del Hospital General, ambos del Centro Médico Nacional "La Raza".

Fuente: Dirección de Prestaciones Médicas, IMSS.

CUADRO XI.13.

Unidades médicas por región, delegación, nivel de atención y tipo de unidad, 2017

(número de unidades)

Región/Delegación	Primer nivel				Segundo nivel			Tercer nivel ^{4/}
	Medicina familiar ^{1/}	Medicina Familiar con UMAA	Unidades Auxiliares de MF	Hospitales ^{2/}	Hospitales con UMAA	UMAA ^{3/}	Clínica de Mama ^{5/}	
Centro	180	7	88	44	-	2	2	18
Ciudad de México Norte	22	-	34	6	-	-	1	8
Ciudad de México Sur	20	3	20	11	-	-	1	8
Guerrero	13	1	9	6	-	-	-	-
Edo. México Oriente	41	2	17	11	-	1	-	-
Edo. México Poniente	41	1	2	5	-	-	-	2
Morelos	21	-	2	3	-	-	-	-
Querétaro	22	-	4	2	-	1	-	-
Oficinas Centrales	-	-	-	-	-	-	-	-
Norte	276	6	55	53	2	4	-	7
Aguascalientes	11	-	1	3	-	1	-	-
Coahuila	36	1	13	12	-	1	-	1
Chihuahua	46	1	3	9	1	-	-	-
Durango	29	1	18	4	-	-	-	-
Nuevo León	46	1	7	9	-	1	-	6
San Luis Potosí	31	-	6	6	-	-	-	-
Tamaulipas	43	2	6	8	1	-	-	-
Zacatecas	34	-	1	2	-	1	-	-
Occidente	356	5	140	80	1	3	-	7
Baja California	30	-	4	8	-	1	-	-
Baja California Sur	13	1	7	6	-	-	-	-
Colima	10	-	6	3	-	-	-	-
Guanajuato	36	-	4	10	-	1	-	2
Jalisco	103	1	59	16	1	-	-	4
Michoacán	45	1	17	10	-	-	-	-
Nayarit	21	-	10	5	-	1	-	-
Sinaloa	40	1	28	8	-	-	-	-
Sonora	58	1	5	14	-	-	-	1
Sur	299	2	98	53	3	2	-	4
Campeche	9	-	6	2	-	1	-	-
Chiapas	27	1	13	4	-	-	-	-
Hidalgo	15	-	5	6	-	-	-	-
Oaxaca	23	-	5	3	1	-	-	-
Puebla	44	-	1	4	2	-	-	2
Quintana Roo	8	-	8	6	-	-	-	-
Tabasco	31	-	2	3	-	-	-	-
Tlaxcala	14	-	2	3	-	-	-	-
Veracruz Norte	45	1	6	8	-	-	-	1
Veracruz Sur	59	-	23	9	-	-	-	-
Yucatán	24	-	27	5	-	1	-	1
Total	1,111	20	381	230	6	11	2	36

^{1/} Incluye Unidades de Medicina Familiar con Hospitalización (UMFH) y Unidades Médicas Rurales de Esquema Modificado.^{2/} Incluye Centro Comunitario de Salud Mental; no incluye Laboratorio de citología exfoliativa.^{3/} Unidad Médica de Atención Ambulatoria (UMAA) autónoma.^{4/} Incluye Unidad Médica de Alta Especialidad y unidades complementarias. No incluye la Unidad de Consulta Externa, del Centro Médico Nacional (CMN) "La Raza", que es una unidad administrativa que proporciona servicios a las Unidades Médicas de Alta Especialidad, tanto del Hospital de Especialidades como del Hospital General, ambos del mismo CMN.^{5/} La Unidad se considera de segundo nivel.

Fuente: Dirección de Prestaciones Médicas, IMSS.

en 6.68%. No se puede omitir que lo más relevante es que en la categoría de malo existió una disminución significativa de 6.31%, principalmente en las unidades de primer y segundo nivel, con respecto al año 2016.

Por lo anterior, para el año 2017 se puede informar que el estado físico de equipos, instalaciones e inmuebles, de los tres niveles de atención médica, arrojaron resultados positivos donde las acciones de conservación han contribuido notablemente.

Instalaciones médicas del Programa IMSS-PROSPERA

La infraestructura inmobiliaria operativa de IMSS-PROSPERA que forma parte del patrimonio del Instituto incluye, a diciembre de 2017, un total de 4,391 unidades médicas. El primer nivel de atención lo integran 3,614 Unidades Médicas Rurales, 143 Unidades Médicas Móviles, 313 Unidades Médicas Urbanas, 195 Brigadas de Salud y 46 Centros Rurales de Atención Integral a la Mujer (antes Centros de Atención Rural Obstétrica). El segundo nivel de atención cuenta con 80 Hospitales Rurales.

El cuadro XI.14 muestra la distribución por delegación y nivel de atención de las unidades médicas con que cuenta el Programa. A los Hospitales Rurales corresponde 14.4% de la demanda de atención. El resto de la demanda que atiende IMSS-PROSPERA, 85.6%, compete al primer nivel de atención, con problemas de salud de baja complejidad que requieren recursos básicos para su diagnóstico y tratamiento. En este ámbito se inscriben las Unidades Médicas Rurales, Unidades Médicas Móviles, Unidades Médicas Urbanas, Brigadas de Salud y los Centros Rurales de Atención Integral a la Mujer.

Estado físico de las unidades médicas de IMSS-PROSPERA

En el lapso de 2017 a enero de 2018 el Programa IMSS-PROSPERA registró un claro deterioro en el estado de conservación que guardan sus unidades hospitalarias, con una transición sostenida de buena a regular en las

condiciones de inmuebles e instalaciones. Señalamiento especial merece la tendencia negativa en la conservación del equipo en hospitales rurales, toda vez que, en el periodo señalado, además de la condición predominantemente regular (96%), se observó un incremento en el porcentaje de casos que ya se encuentran en estado crítico. Esto se debe principalmente a la falta de sustitución de equipos de conformidad con su término de vida útil, y a la insuficiencia de recursos presupuestales para su mantenimiento adecuado.

Unidades no médicas

La infraestructura inmobiliaria no médica del Instituto se integra por unidades propias o rentadas donde se desarrollan actividades de prestaciones económicas y sociales, de incorporación y recaudación, de servicios administrativos y de servicios generales (cuadro XI.15).

Estado físico de las unidades no médicas

El estado que guardan los inmuebles institucionales no médicos se valora mediante las condiciones en que se encuentra su estado físico, junto con las instalaciones y los equipos propios del inmueble; en lo que se refiere al comparativo de los años 2016 vs. 2017 se obtuvieron los siguientes resultados:

En las unidades no médicas, lo relativo al rubro de equipo se obtuvo una disminución de 0.54% con respecto al estado físico clasificado como bueno; en lo relativo al estado físico regular aumentó 0.53% y lo clasificado como malo disminuyó 0.01%. En lo relativo a instalaciones, lo bueno disminuyó 0.72%; lo regular aumentó 0.75% y lo malo disminuyó 0.04%. En lo referente a inmuebles, el rubro de bueno disminuyó 0.94%; en lo regular aumentó 0.85% y lo malo disminuyó 0.09%.

La comparación del estado físico de las unidades no médicas entre los años 2016 y 2017 muestra que los inmuebles no médicos se han mantenido en buenas y regulares condiciones por el constante mantenimiento y acciones de conservación de sus inmuebles, instalaciones y equipos.

CUADRO XI.14.

Unidades médicas del Programa IMSS-PROSPERA por región, delegación, nivel de atención y tipo de unidad, 2017

(número de unidades)

Región/Delegación	Segundo nivel		Primer nivel				Total
	Hospitales Rurales	Unidades Médicas Rurales	Centros Rurales de atención integral a la mujer	Unidades Médicas Urbanas	Unidades Médicas Móviles	Brigadas de Salud	
Baja California	1	11	-	5	4	-	21
Baja California Sur	-	-	-	1	3	-	4
Campeche	2	39	-	5	4	-	50
Coahuila	3	78	-	8	-	3	92
Chiapas	10	560	8	12	18	9	617
Chihuahua	3	144	2	4	3	9	165
Ciudad de México Norte	-	-	-	1	-	-	1
Ciudad de México Sur	-	-	-	22	-	-	22
Durango	3	163	-	2	2	5	175
Guanajuato	-	-	-	11	-	-	11
Guerrero	1	19	4	25	26	-	75
Hidalgo	4	217	1	6	10	11	249
Jalisco	-	-	-	9	-	-	9
Edo. México Oriente	-	-	-	32	-	-	32
Edo. México Poniente	2	29	-	9	1	-	41
Michoacán	7	337	3	15	12	28	402
Morelos	-	-	-	4	-	-	4
Nayarit	1	81	2	5	2	4	95
Nuevo León	-	-	-	3	-	-	3
Oaxaca	9	473	10	21	14	20	547
Puebla	7	306	2	13	12	13	353
Querétaro	-	-	-	5	-	-	5
San Luis Potosí	5	207	5	6	9	23	255
Sinaloa	3	103	-	5	2	12	125
Sonora	-	-	-	5	-	-	5
Tamaulipas	4	103	-	-	-	10	117
Tlaxcala	-	-	-	3	-	-	3
Veracruz Norte	3	291	3	19	7	20	343
Veracruz Sur	3	229	6	36	8	16	298
Yucatán	4	83	-	12	6	-	105
Zacatecas	5	141	-	9	-	12	167
Total Nacional	80	3,614	46	313	143	195	4,391

Fuente: Catálogo Clave Única de Establecimientos de Salud. Adicionalmente, incorpora unidades médicas en proceso de registro.

CUADRO XI.15.
Unidades no médicas propiedad del IMSS y rentadas por tipo de función

(número de unidades)

Tipo de función de la unidad	2016		2017	
	Número de unidades			
	Inmuebles propios	Inmuebles rentados	Inmuebles propios ^{1/}	Inmuebles rentados ^{1/}
Unidades de Prestaciones Económicas y Sociales	416	60	406	58
Centros de Seguridad Social para el Bienestar Familiar	132	13	119	11
Teatros	20	-	20	-
Deportivos	21	1	20	1
Tiendas	19	42	20	42
Centros Vacacionales	4	-	4	-
Velatorios	12	-	12	-
Guarderías	192	4	195	4
Bibliotecas	1	-	1	-
Albergues	14	-	14	-
Unidad de Congresos	1	-	1	-
Unidades de Incorporación y Recaudación	72	58	72	56
Subdelegaciones	72	58	72	56
Unidades Administrativas	44	36	78	35
Oficinas delegacionales y nivel central ^{2/}	26	31	60	31
Casas delegados	17	5	17	4
Organismo de seguridad social (CIESS) ^{3/}	1	-	1	-
Unidades de Servicios Generales	107	63	98	58
Lavanderías regionales	17	-	17	-
Centros de capacitación	6	6	4	6
Unidades de reproducciones gráficas	1	-	1	-
Módulos de ambulancia y transportes	7	-	7	-
Estacionamientos	8	-	7	-
Centrales de servicio	14	-	8	-
Almacenes	39	10	39	9
Bodegas	10	9	10	10
Bodegas de bienes embargados	5	38	5	33
Unidades desocupadas	132	2	128	-
Terreno		2		
Inmuebles con o sin construcción pendientes de aplicar ^{4/}	132		128	
Total	771	219	782	207

^{1/} La actualización de las cifras, así como las diferencias existentes, se derivan de las conciliaciones realizadas durante el ejercicio 2017 con el padrón inmobiliario reportado por las Delegaciones. Se diferenciaron los Centros de Seguridad Social de los Centros de Bienestar Social PROSPERA, por lo que existen diferencias significativas.

^{2/} Se contabilizaron sedes delegacionales y oficinas administrativas.

^{3/} Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social.

^{4/} Unidades que a la fecha de corte no tienen destino específico y que están disponibles para darles el uso o destino que se requiera.

Fuente: Dirección de Administración, IMSS.

Atención a daños ocasionados por sismos

En septiembre de 2017 se presentaron 2 sismos de alta magnitud en México. El primero, del 7 de septiembre, tuvo epicentro a 133 km al suroeste de Pijijiapan, Chiapas y una magnitud de 8.2 grados Richter; el segundo se presentó el 19 de septiembre, con una magnitud de 7.1 grados, en Axochiapan, Morelos. Estos fenómenos naturales causaron daños a la estructura inmobiliaria del Instituto, que van desde afectaciones a fachadas o acabados, hasta afectaciones estructurales que impedían el uso de los inmuebles para los fines que fueron construidos. En el primer evento se reportaron 529 unidades con daños, y en el segundo 774. En la gráfica XI.3 se presenta la clasificación por nivel de daños de los inmuebles afectados por estos sismos:

Las unidades dañadas incluyen 224 que brindan servicios sociales, tales como Centros de Seguridad Social, Unidades Deportivas y Centros Vacacionales; 115 inmuebles administrativos y 964 unidades de servicios médicos, que van desde el primer hasta el tercer nivel de atención. Dentro de las unidades médicas, 523 pertenecen al régimen IMSS-PROSPERA.

Los sismos afectaron a inmuebles en 12 diferentes entidades federativas; las delegaciones del IMSS con mayor número de unidades dañadas fueron Oaxaca, Puebla, Veracruz Sur y Chiapas; sin embargo, los daños más severos se presentaron en las delegaciones Ciudad de México Sur, Puebla, Ciudad de México Norte y Morelos (cuadro XI.16).

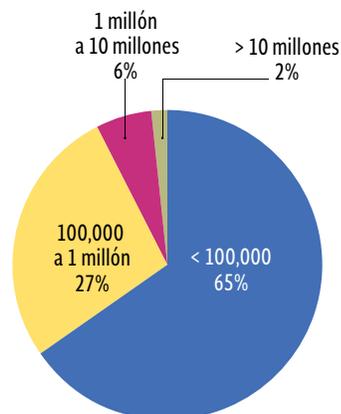
En esta última entidad federativa se encuentran los inmuebles con daños más graves que implicaron la demolición o desmantelamiento de los mismos: Hospital General de Zona con Medicina Familiar (HGZ/MF) No. 7, Cuautla; HGZ/MF No. 5 Zacatepec; HGZ No. 5 Atlixco, Puebla y Oficinas Administrativas y Torre Parlamentaria del Centro Vacacional Oaxtepec.

El IMSS cuenta con un Seguro Empresarial de Incendio, Daños Materiales, Robo y Responsabilidad Civil, el cual está contratado con Seguros Banorte, S. A. de C. V. Grupo Financiero Banorte. Este seguro incluye la

GRÁFICA XI.3.

Inmuebles dañados por los sismos de septiembre de 2017 por grado de afectación

(rangos en pesos y porcentaje)



Fuente: Dirección de Finanzas, IMSS.

CUADRO XI.16.

Delegaciones que reportaron mayores daños por los sismos de septiembre de 2017^{1/}

Delegación	Unidades dañadas	Monto estimado de daños (millones de pesos)
Oaxaca	279	40
Puebla	166	148
Veracruz Sur	119	32
Chiapas	108	11
CDMX Sur	91	201
CDMX Norte	90	59
Edo. México Oriente	83	36
Edo. México Poniente	81	22
Morelos	46	59
Otros	240	514
Total	1,303	1,120

^{1/} Cifras preliminares al 30 de abril de 2018.

Fuente: Dirección de Finanzas, IMSS.

cobertura de daños por sismo o terremoto a los bienes, tanto inmuebles, como sus contenidos, que conforman el patrimonio del Instituto.

La Dirección de Finanzas del IMSS, a través de la Coordinación de Administración de Riesgos Institucionales, ha coordinado las inspecciones a inmuebles, junto con los ajustadores de pérdidas y personal de la ase-

guradora, para determinar los montos a indemnizar al amparo del seguro de daños antes mencionado. En la mayoría de los casos, el proceso de cuantificación de los daños se basa en el volumen o áreas dañadas y los costos estimados de su reparación; sin embargo, existen casos, tales como la Unidad de Medicina Familiar (UMF) No. 93 en Ecatepec, en el Estado de México, y la UMF No. 21 en Francisco del Paso y el Hospital General Regional (HGR) No. 25 en Zaragoza, ambos en la Ciudad de México, que requieren de estudios especializados para determinar la factibilidad de reparación de los inmuebles. Estos estudios conllevan varios meses, y deben ser llevados a cabo por peritos en la materia. Una vez que se terminen estos peritajes, se iniciarán las obras de reparación o sustitución que procedan.

A través de la Coordinación de Conservación y Servicios Generales y la Coordinación de Infraestructura Inmobiliaria, el Instituto dio seguimiento puntual a la situación de los inmuebles dañados por los sismos, con el fin de detectar posibles daños a la infraestructura del IMSS y contribuir junto con otras áreas del Instituto en la recuperación del funcionamiento de los inmuebles dañados en el menor tiempo posible. En primera instancia se realizó la evaluación de los daños que sufrieron las unidades. Posterior a dichas inspecciones, se contrataron peritos estructurales y directores responsables de obra, quienes realizaron evaluaciones de seguridad y estabilidad estructural postsísmica.

Para atender a las unidades que presentaban daños en acabados y requerían una intervención menor, a través del área de Conservación, la Dirección de Finanzas autorizó y radicó 439.6 millones de pesos para que las Delegaciones y UMAE ejecutaran los trabajos requeridos en las unidades afectadas.

En cuanto a las unidades que presentaban daños en su estructura y que requerían una acción de obra mayor, se determinó realizar dictámenes estructurales a través de la Coordinación de Infraestructura Inmobiliaria, lo que implicó un conjunto de estudios, levantamientos topográficos, estudios de mecánica de suelos,

estudios de calidad de materiales y elementos estructurales, a efecto de generar la propuesta de intervención adecuada, ya sea refuerzo, rehabilitación estructural o demolición del inmueble.

En septiembre de 2017 se inició la obra de la Subdelegación de Chiapas, la cual concluyó en febrero de 2018, toda vez que dicho inmueble presentó daños menores no estructurales que se atendieron en menor tiempo; no obstante, aún queda pendiente el cierre administrativo y el pago de estimaciones. En el mes de octubre de 2017 se iniciaron los trabajos preliminares de obra en el Centro Médico Nacional (CMN) “La Raza” y en el CMN “Siglo XXI”, los cuales se tiene previsto concluir en 2018.

En el caso de la sustitución del HGR/UMAA No. 36 San Alejandro, Puebla, en el mes de marzo de 2018 se inició el proceso de licitación pública para la contratación del Proyecto Integral. Durante el ejercicio 2017 se erogaron 427.7 millones de pesos que corresponden a la compra del terreno en Puebla para sustituir este hospital, por lo que en 2018, a la fecha de cierre de este Informe se han asignado 300 millones de pesos para rehabilitar las instalaciones dañadas.

En el cuadro XI.17 se describe la inversión física programada al mes de abril para el año 2018 para las distintas obras del Programa de Emergencia.

XI.2.2. Equipo médico institucional

El equipo médico del Instituto, distribuido en la red de unidades médicas descritas en la sección anterior, forma parte de la tecnología que a lo largo de 75 años el Instituto ha adquirido y acumulado. La obsolescencia de algunos aparatos y el surgimiento de nuevas tecnologías en medicina han hecho indispensable que la institución implemente un programa destinado a mejorar la calidad de la atención médica, a través de la incorporación de nuevas tecnologías de diagnóstico y terapéuticas que permitan anticipar el daño a la salud y contener el gasto asociado al tratamiento de enfermedades de alto costo.

La administración y planeación de la renovación del equipo médico requiere de la evaluación de la efectividad

CUADRO XI.17.
Inversión Física Programa de Emergencia 2018

Delegación	Unidad	Localidad	Inversión física (millones de pesos)
CDMX Norte	CMN "La Raza"	CMN "La Raza"	42.7
CDMX Norte	HGR No. 25	Zaragoza	262.0
CDMX Norte	Centro de Actividades Acuáticas de Alto Nivel (demolición)	San Juan de Aragón	21.0
CDMX Sur	CMN "Siglo XXI"	CMN "Siglo XXI"	19.7
CDMX Sur	UMF No. 21	Balbuena	249.2
CDMX Sur	HGZ No. 32	Villa Coapa	175.0
Chiapas	Subdelegación	Tuxtla Gutiérrez	13.3
Edo. México Oriente	UMF No. 93	Ecatepec	262.0
Morelos	Centro Vacacional	Oaxtepec	51.0
Morelos	HGZ/MF No. 7	Cuatla	358.5
Morelos	HGZ/MF No. 5	Zacatepec	134.7
Puebla	HGZ No. 5	Atlixco	60.0
Puebla	Sustitución HGR/UMAA No. 36 San Alejandro	Puebla	300.2
Total			1,949.20

Fuente: Dirección de Finanzas, IMSS.

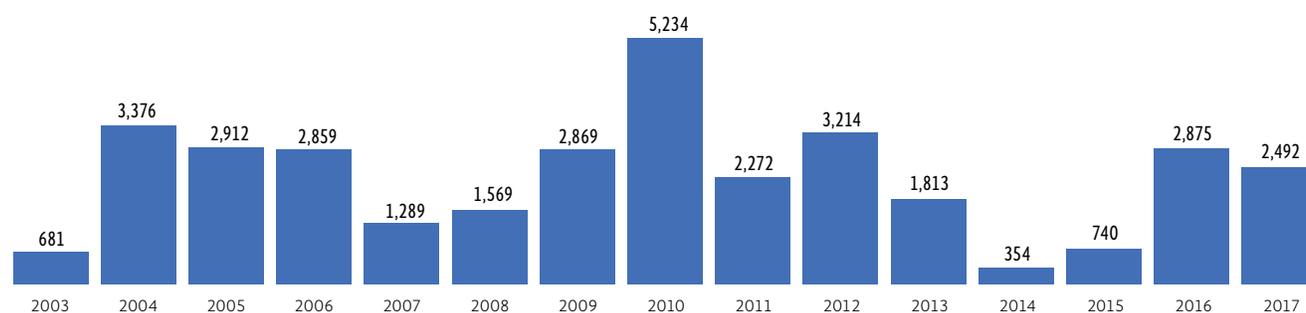
y eficiencia de los nuevos aparatos que se utilizarán en los servicios de salud para el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de los pacientes. El momento óptimo para la sustitución de equipos es difícil de determinar y depende de varios factores. La obsolescencia puede darse por falta de refacciones, accesorios y consumibles, o por descomposturas frecuentes que disminuyen la productividad del equipo; la sustitución de equipos, que aún con

vida útil, son rebasados por el surgimiento de nuevas tecnologías menos invasivas, de menor costo de utilización y que superan las opciones diagnósticas y terapéuticas existentes.

En 2017, en el Régimen Ordinario, se realizó una importante inversión en equipo y mobiliario médico equivalente a 2,492 millones de pesos (gráfica XI.4). Al importe del Régimen Ordinario se añade la inversión

GRÁFICA XI.4.
Importe de las altas de mobiliario y equipo médico del Régimen Ordinario, 2003-2017^{1/}

(millones de pesos de 2017)



^{1/} La información sobre equipo y mobiliario médico proviene del Módulo de Activo Fijo.

Fuente: Dirección de Finanzas, IMSS.

en equipo y mobiliario médico del Programa IMSS-PROSPERA que alcanzó casi 34 millones de pesos, situando la inversión total del Instituto en 2,526 millones de pesos.

Al 31 de diciembre de 2017, el Instituto contaba con un inventario de equipo y mobiliario médico de más de 550 mil bienes (cuadro XI.18). De estos bienes, 88% pertenecen al Régimen Ordinario, mientras el restante

12%, al Programa IMSS-PROSPERA.

En 2017 se invirtieron 2,526 millones de pesos en 16,299 bienes de equipo y mobiliario, de los cuales 4,326 son aparatos médicos y 7,405 son bienes de mobiliario médico (cuadro XI.19). Al Régimen Ordinario se destinó 92% del total de los bienes; esta inversión representó 97% del gasto total en equipo y mobiliario médico en este año.

CUADRO XI.18.

Número de bienes clasificados por categoría funcional del Régimen Ordinario e IMSS-PROSPERA, al cierre de 2017^{1/}

Categoría funcional	Número de bienes		Total
	Régimen Ordinario	IMSS-PROSPERA	
Aparato médico	209,391	33,315	242,706
Aparato e instrumental de laboratorio	28,848	8,936	37,784
Instrumental de cirugía general	9,280	798	10,078
Instrumental de cirugía y especialidad	49,029	4,631	53,660
Aparato médico Influenza A H1N1	1,954	173	2,127
Mobiliario médico	165,710	20,336	186,046
Mobiliario de laboratorio	17,657	548	18,205
Mobiliario médico Influenza A H1N1	64	-	64
Total	481,933	68,737	550,670

^{1/} La información sobre equipo y mobiliario médico proviene del Módulo de Activo Fijo.
Fuente: Dirección de Finanzas, IMSS.

CUADRO XI.19.

Equipo médico adquirido en 2017 por categoría funcional del Régimen Ordinario e IMSS-PROSPERA^{1/}

Categoría funcional	Régimen Ordinario		IMSS-PROSPERA		Total	
	No. de bienes	Importe (pesos)	No. de bienes	Importe (pesos)	No. de bienes	Importe (pesos)
Aparato médico	3,921	1,499,211,614	405	22,918,582	4,326	1,522,130,195
Aparato e instrumental de laboratorio	216	16,719,258	61	1,183,761	277	17,903,019
Instrumental de cirugía general	106	3,770,374	86	655,162	192	4,425,536
Instrumental de cirugía y especialidad	3,620	33,505,576	111	561,877	3,731	34,067,453
Aparato médico Influenza A H1N1	16	311,773	15	374,599	31	686,372
Mobiliario médico	6,911	915,671,060	494	7,854,865	7,405	923,525,925
Mobiliario de laboratorio	313	22,879,466	24	111,602	337	22,991,067
Mobiliario médico Influenza A H1N1	-	-	-	-	-	-
Total	15,103	2,492,069,121	1,196	33,660,448	16,299	2,525,729,568

^{1/} La información sobre equipo y mobiliario médico proviene del Módulo de Activo Fijo.
Fuente: Dirección de Finanzas, IMSS.

XI.3. IMSS Digital

En 2012 el Instituto franqueaba por una fuerte presión financiera que lo obligó a disponer de más de 22,700 millones de pesos de sus reservas cada año. Las capacidades tecnológicas en el IMSS no avanzaron al mismo ritmo que los adelantos en tecnología, tampoco conforme al continuo crecimiento de derechohabientes, personal e instalaciones, lo que generó una desarticulación de los sistemas informáticos y de comunicación, con altos costos de operación. Los trámites y servicios se realizaban 100% de forma presencial, con largas filas, llenado de formularios a mano y presentación de documentos en original y copia.

Con la finalidad de abatir este rezago tecnológico, la presente Administración se focalizó en fortalecer 3 ejes estratégicos del Instituto: el fortalecimiento financiero, la mejora de la calidad y calidez de los servicios, y la simplificación y digitalización de trámites. En 2013 nace la estrategia IMSS Digital, como respuesta a la necesidad de reducir la complejidad del Instituto, brindar mejores costos de oportunidad en la realización de sus trámites y servicios, así como ofrecer a los ciudadanos un Instituto más cercano y moderno a través de soluciones digitales.

La estrategia IMSS Digital apoya al cumplimiento de la meta 2. México Incluyente, establecida dentro del Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018, así como al objetivo 5. Establecer una Estrategia Digital Nacional que acelere la inserción de México en la Sociedad de la Información y del Conocimiento del Programa para un Gobierno Cercano y Moderno 2013-2018 y a lo establecido en la Estrategia 5.2. Contribuir a la convergencia de los sistemas y a la portabilidad de coberturas en los servicios de salud del Sistema Nacional de Salud mediante la utilización de las Tecnologías de la Información, Comunicaciones (TIC) y Seguridad Informática en correspondencia con la Estrategia Digital Nacional de la

Presidencia de la República.

En 2018, a 5 años del lanzamiento de la estrategia IMSS Digital, se ha logrado que los mexicanos cuenten con una institución de seguridad social más cercana a sus derechohabientes, beneficiarios y patrones, así como disminuir el tiempo y gasto de traslado que tenían que invertir para realizar los trámites y servicios en instalaciones del Instituto. Para diciembre de 2017, se estima que los costos de oportunidad han alcanzado ahorros de 9,374 millones de pesos¹⁵⁷.

El IMSS ha capitalizado el uso de las TIC y Seguridad Informática TIC para privilegiar la satisfacción de las necesidades de la sociedad, de los derechohabientes y de los patrones en apego a la visión de la Dirección General.

XI.3.1. Arquitectura IMSS Digital

La arquitectura IMSS Digital incluye 4 capas: i) Modelo Moderno de Atención, que se conforma de diferentes canales digitales de atención alternativos a las ventanillas; ii) Modelo Unificado de Operación, el cual se encuentra en la nube privada y refleja la expresión económica y financiera de la operación, bajo un modelo de manejo homologado de identidades; iii) Tecnologías y Sistemas, que se refieren al conjunto de servicios tecnológicos, proveedores y contratos requeridos para mantener la operación y actualización de los sistemas que soportan los niveles superiores, y iv) Capacidades Digitales, las cuales son el conjunto de capital humano y herramientas necesarias para poder participar en el diseño, adopción y operación de los servicios digitales y de información (gráfica XI.5).

XI.3.2. Resultados de IMSS Digital

En 2013 se atendió de manera prioritaria la infraestructura de cómputo y almacenamiento centralizado, así como la red de telecomunicaciones que se encontraban obsoletas y ponían en riesgo la operación del Instituto. En este sentido, se habilitó un Centro de Da-

¹⁵⁷ Datos aprobados por la Comisión Federal de Mejora Regulatoria (COFEMER), de acuerdo con la Metodología de Costeo Estándar.

GRÁFICA XI.5.
Arquitectura IMSS Digital



Fuente: IMSS.

tos y se elaboró un Plan de Recuperación de Desastres, a través de un modelo de consumo de tecnología como servicio y un nuevo modelo de red de telecomunicaciones con múltiples proveedores y tecnologías, así como la implementación de un Punto Neutro. Esto permitió que hoy la viabilidad tecnológica del Instituto esté resuelta.

Gracias a lo anterior, entre 2013 y 2015, a través del Modelo Moderno de Atención se desplegaron canales de atención no presencial adicionales a las ventanillas, como el Sitio Web “Acercando el IMSS al Ciudadano”, los trámites y servicios digitales, el Centro de Contacto Institucional y la primera aplicación móvil del Instituto “App IMSS Digital”. Dentro de estos esfuerzos, se llevó a cabo el programa de desregulación, simplificación y digitalización de trámites más ambicioso del Instituto, con la finalidad de hacer la vida más sencilla a la población derechohabiente. A julio de 2016 el IMSS contaba con 18 trámites digitales de los 23 registrados ante la Co-

misión Federal de Mejora Regulatoria (COFEMER) para derechohabientes y patrones, destacando el Sistema de Pago Referenciado (SIPARE), Asignación o Localización de Número de Seguridad Social, Consulta de Vigencia de Derechos, Actualización de Datos de Derechohabientes y Consulta de Semanas Cotizadas. A marzo de 2018, los canales de atención digital han permitido beneficiar a 74 millones de derechohabientes, más de 953 mil patrones¹⁵⁸, 3.5 millones de pensionados y jubilados, y a la ciudadanía en general.

Durante 2017 se continuó con el diseño y habilitación de servicios de información para distintas áreas del Instituto, que cubren el área médica, prestaciones económicas y sociales e incorporación y recaudación, que permitieron la mejora y eficiencia de varios procesos, por mencionar algunos: el lanzamiento de Cita Médica en el Portal Web, el lanzamiento de la Calculadora CHKT en Línea y el Sistema Institucional de Optimización de Camas (SIOC) del área médica; Analítica

¹⁵⁸ IMSS, Portal Web IMSS: Conoce al IMSS/Consulta Dinámica (Cubos)/Cubo de Información Directiva CP/ Incorporación y Recaudación/ Bajas, Alta y Reingreso de Patrones. Sitio: <http://www.imss.gob.mx/conoce-al-imss/cubos>, consultado el 21/mar/2018.

de Comprobación de Supervivencia para Pensionados, Comprobación de Supervivencia para Jubilados IMSS, Pensión en línea e Incapacidad por Internet del área de Prestaciones Económicas y Sociales; Dictamen Electrónico (SIDEIMSS), Riesgos de Trabajo Terminado y Corrección de Datos del Asegurado en el área de Incorporación y Recaudación. Estos se describirán con mayor detalle en el apartado XI.3.3.2. Modelo Unificado de Operación.

La estrategia IMSS Digital cuenta con resultados que se pueden medir desde distintos puntos de vista: en la mejora de la experiencia y relación del IMSS con los ciudadanos; en el fortalecimiento y eficiencia de la operación de las diferentes áreas del Instituto; en el nivel de interoperabilidad alcanzado con interlocutores externos, y en la infraestructura tecnológica de última generación a través de un modelo de consumo bajo demanda, que cumple con las necesidades diarias de la institución.

XI.3.3. Acciones y resultados 2017-2018

A la fecha se sumaron grandes logros a los obtenidos previamente en materia de TIC dentro del Instituto, los cuales contribuyen a mejorar la calidad y calidez de los servicios y acercan cada vez más el IMSS a los ciudadanos. Estos nuevos resultados se describen a continuación.

XI.3.3.1. Modelo Moderno de Atención

El Modelo Moderno de Atención continuó fortaleciéndose gracias a los 4 canales de atención con los que hoy cuenta el Instituto (3 no presenciales y 1 ventanilla digital), dirigidos a la población derechohabiente, a los patrones y a la ciudadanía en general.

App IMSS Digital

De acuerdo con el estudio que la Asociación GSMA¹⁵⁹ presenta en 2017, a finales del año 2016 había 541 millones de suscriptores a tecnologías móviles en América Latina. México representaba 20% del mercado, es decir, 90.2 millones de suscriptores¹⁶⁰. Además, se menciona que en Latinoamérica los teléfonos inteligentes representaron 59% de las conexiones¹⁶¹.

Desde 2015, el Instituto cuenta con una aplicación móvil llamada IMSS Digital para teléfonos inteligentes y tabletas, misma que ofrece 7 servicios digitales: i) Obtener o consultar el Número de Seguridad Social; ii) Consulta de clínica; iii) Alta y cambio de clínica; iv) Ubicación de inmuebles; v) Consulta de vigencia de derechos, vi) Cita médica, y vii) CHKT en línea (diabetes mellitus e hipertensión arterial).

Durante 2017, la App IMSS Digital fue mencionada como la más solicitada del Gobierno Federal a nivel nacional y la número uno en el Sector Salud. De esta manera, el IMSS ha aprovechado esta cobertura para llegar a la población usuaria de teléfonos móviles y continuar acercándose a la ciudadanía.

En diciembre de 2016 se habilitó la Cita Médica que permite a la población derechohabiente programarla en menos de 2 minutos en su Unidad de Medicina Familiar. La funcionalidad incluye una vista de todas las citas programadas por el derechohabiente (ya sea por la misma aplicación, vía telefónica o presencial) y la posibilidad de cancelarla(s). A diciembre de 2017 se habían reportado 2.4 millones de citas agendadas, para finales de marzo se alcanzaron a reportar más de 3.5 millones de citas médicas programadas por este medio. En octubre de 2017 se incluyó CHKT en Línea en la App IMSS Digital, habilitando una calculadora que permite al derechohabiente o ciudadano, con solo

¹⁵⁹ GSMA es una asociación de operadores móviles dedicada al apoyo de la normalización, implementación y promoción del sistema de telefonía móvil GSM.

¹⁶⁰ Nuevo estudio de la GSMA revela que la industria móvil genera 5% del PIB de América Latina, octubre 17, 2017. Consultado: 20 de marzo de 2018 en <https://www.gsma.com/latinamerica/es/economia-movil-2017>.

¹⁶¹ *Ídem*.

contestar un breve cuestionario de 9 preguntas, ser alertado en caso de que se detecte algún riesgo de padecer hipertensión arterial y/o diabetes mellitus. Cabe mencionar, que desde febrero de 2017, esta herramienta se puso a disposición de la ciudadanía en el portal del IMSS y desde ese mes hasta diciembre del mismo año, se realizaron 70.6 mil cuestionarios de riesgo. Para marzo de 2018 la cifra se incrementó a 122.4 mil cuestionarios de riesgo de diabetes mellitus e hipertensión arterial, realizados vía App y portal.

En marzo de 2018 se incrementó la funcionalidad de CHKT en línea con la liberación de la inclusión de 2 padecimientos más: cáncer de mama y cáncer de próstata, a través de la App IMSS Digital y el portal del IMSS, con lo cual se sigue fortaleciendo el modelo de atención preventiva y sumando beneficios, al ser una fuente adicional de información para las Clínicas de Mama que también tendrán un crecimiento en su cobertura para el presente ejercicio. Al cierre de este mes se reportaron más de 3.8 mil cuestionarios realizados para estos 2 padecimientos incorporados. El total de cuestionarios realizados en CHKT en Línea, incluyendo los 4 padecimientos descritos anteriormente, al cierre de marzo de 2018 rebasa los 126.3 mil cuestionarios.

Desde su liberación en 2015 a marzo de 2018, la App IMSS Digital ha sido descargada más de 2.95 millones veces, lo cual incrementó 578% respecto a lo reportado en el Informe anterior, como se muestra en la gráfica XI.6.

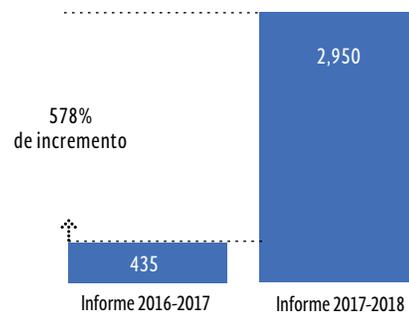
A través de esta aplicación se realizaron más de 12.4 millones de trámites y servicios, a marzo de 2018, 933% más respecto a lo reportado en el Informe anterior, como se muestra en la gráfica XI.7. Esto ha evitado filas y ha permitido a los ciudadanos ahorrar tiempo, dinero y esfuerzo, gracias a que es accesible y está disponible las 24 horas, los 365 días del año.

El comportamiento de los más de 12.4 millones de trámites y servicios realizados vía App IMSS Digital hasta marzo de 2018 se muestra en la gráfica XI.8.

Servicios digitales

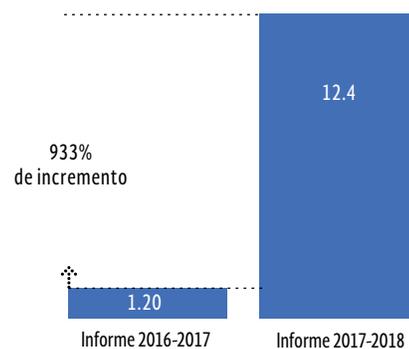
El Instituto cuenta con 20 trámites digitalizados, de los cuales 18 corresponden a los 23 registrados ante COFEMER, mismos que contribuyen al objetivo de acercar más al IMSS a la ciudadanía. Desde el arranque de la estrategia IMSS Digital en 2013 a diciembre de 2017 se realizaron más de 198 millones de trámites y servicios, para marzo de 2018 se alcanzaron a reportar más de 226.1 millones de trámites y servicios digitales. Sin embargo, al cierre del cuarto año del lanzamiento de la

GRÁFICA XI.6.
Incremento de descargas de la aplicación IMSS Digital
(miles)



Fuente: IMSS.

GRÁFICA XI.7.
Incremento de trámites y servicios digitales vía App IMSS Digital
(millones)



Fuente: IMSS.

estrategia, solo durante el año 2017, se lograron realizar más de 90 millones de transacciones digitales, lo que representa 45% del total realizado hasta ese momento, situación que constituye la gran aceptación y consolidación de la estrategia IMSS Digital.

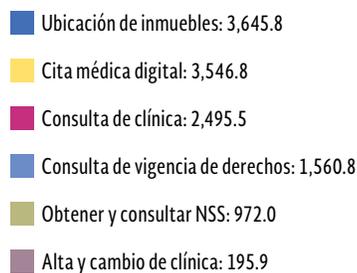
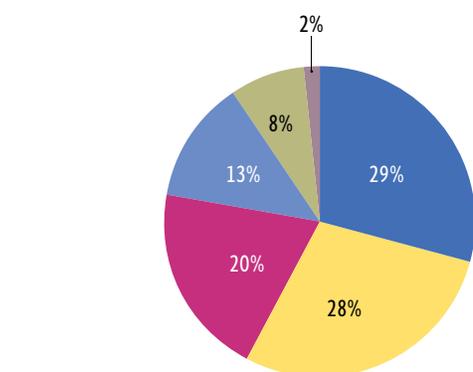
Los 5 trámites y servicios más utilizados en 2017 fueron, en primer lugar, Consulta de Vigencia con 24.2 millones de consultas realizadas; este aplicativo permite a los derechohabientes, vía App IMSS Digital y portal Web, consultar la vigencia de sus derechos sin la necesidad de acudir a las instalaciones del Instituto.

El segundo trámite más utilizado es Asignación o Localización del Número de Seguridad Social con 17.2 millones de solicitudes; este trámite antes implicaba presentarse en la Subdelegación, hacer fila, presentar documentos en original y copia, además de llenar formularios; a la fecha, este trámite se realiza desde la comodidad de una computadora con Internet, a través del Sitio Web o desde la App IMSS Digital.

GRÁFICA XI.8.

Trámites realizados en la App IMSS Digital

(al 28 de febrero de 2018, cifras en miles)



Fuente: IMSS.

El tercero es el Sistema de Pago Referenciado (SIPARE) con 9.2 millones de transacciones realizadas por 949 mil patrones inscritos en el Instituto hasta diciembre de 2017, por un monto mayor a 139 mil millones de pesos recaudados de cuotas obrero-patronales IMSS. El cuarto es Actualización de Datos de Derechohabientes con 8.4 millones, que permite registrar a los dependientes de la población derechohabiente, cambiar de clínica o consultorio, registrar prórrogas y bajas. El quinto es Cita Médica Digital con 6.7 millones de consultas asignadas vía App, Web y Centro de Contacto.

Sitio Web “Acercando el IMSS al Ciudadano”

El Sitio Web “Acercando el IMSS al Ciudadano” continúa siendo uno de los canales digitales más importantes del Instituto, ya que diariamente recibe más de 426 mil visitas y es uno de los portales más visitados dentro del Gobierno de la República. En este Sitio se encuentra el “Escritorio Virtual”, representación de la ventanilla de atención presencial en el mundo digital, y que detalla los trámites y servicios digitales con los que cuenta el Instituto.

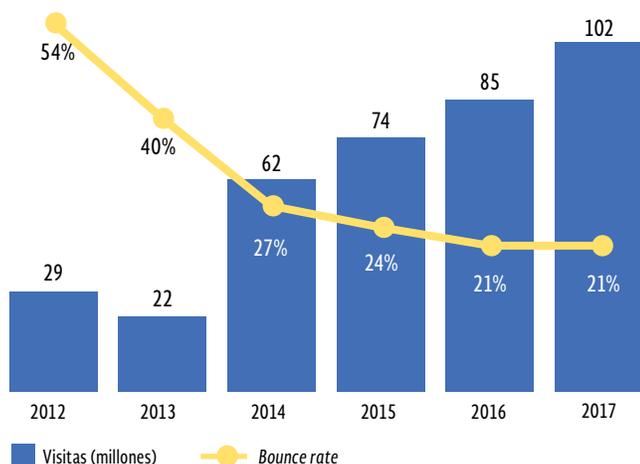
Desde 2012, el Sitio Web incrementó de 29 a 102 millones sus visitas anuales en 2017, mejorando en 33 puntos porcentuales el índice que mide la permanencia de los visitantes sin abandonar la página antes de 21.89% segundos (*bounce rate*), como se muestra en la gráfica XI.9.

El Modelo Moderno de Atención reconoce el tema de la accesibilidad, y más considerando que 2.1 millones de los derechohabientes del IMSS viven con alguna discapacidad¹⁶². Es por eso que el Instituto, alineado al Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018, al Programa para un Gobierno Cercano y Moderno, al Programa Nacional para la Igualdad y No Discriminación 2014-2018, al Programa Nacional para el Desarrollo y la Inclusión de las Personas con Discapacidad 2014-2018; al Programa Nacional para el Desarrollo e Inclusión de las Personas

¹⁶² IMSS. Registro Nacional de Derechohabientes con Discapacidad. Aplicable al primer nivel de atención del Instituto. Diciembre de 2015.

GRÁFICA XI.9.

Visitas y bounce rate del Sitio Web “Acercando el IMSS al Ciudadano”



Fuente: IMSS.

con Discapacidad, y al Acuerdo que establece las disposiciones generales de accesibilidad Web en la Administración Pública Federal y empresas productivas, tiene hoy en día un portal Web accesible, llamado “IMSS Digital para Todos”.

El portal “IMSS Digital para Todos” consiste en hacer accesible el Sitio Web del Instituto para que pueda ser consultado y navegado por la población derechohabiente que vive con alguna discapacidad, visual, motriz o auditiva. Mantiene la estructura original del sitio y brinda a la población usuaria una experiencia simple, intuitiva y personalizada. Durante 2017, esta funcionalidad fue utilizada más de 5.9 millones de veces. De enero a marzo de 2018 se ha utilizado 5.2 millones de veces, lo que representa un avance de 88% respecto al año anterior.

De manera gradual, a partir de marzo de 2016, los casi 30 mil elementos que integran los contenidos del Sitio Web del IMSS (2 mil páginas, 16 mil ligas, mil archivos en PDF y 6,300 imágenes, entre otros) cumplen

con los estándares internacionales de accesibilidad Web para personas con discapacidad de la autoridad internacional en la materia W3C¹⁶³, que desde 1994 regula a los miembros de la industria de Internet.

Este es un paso más en la modernización de los procesos y en la mejora de los servicios que brinda el IMSS. Con ello, se constituyen las bases para una nueva práctica de accesibilidad dentro del Instituto que será un ejercicio continuo de actualización y de mejora.

Centro de Contacto Institucional

El Centro de Contacto del Instituto ofrece 20 campañas con cobertura nacional y desde 2013 ha atendido a 33 millones de derechohabientes, patrones y ciudadanía en general; este servicio es uno de los más consolidados en su tipo dentro del Gobierno de la República. Algunas de las campañas que destacan son: Cita Médica, Pensionados, Atención al Contribuyente y Código Infarto.

La campaña de Cita Médica tiene la finalidad de facilitar el acceso a la consulta de Medicina Familiar a la población derechohabiente. En 2017 el Centro de Contacto recibió 9.1 millones de llamadas, la mitad de ellas, para solicitar una cita médica.

XI.3.3.2. Modelo Unificado de Operación

Durante el periodo 2015-2018 se diseñaron y habilitaron servicios de información para consumo de las distintas áreas de negocio del Instituto, a partir de un Modelo Unificado de Operación, que han permitido la mejora y eficiencia de varios procesos, a través del componente de la Nube Privada IMSS. Estos servicios se describen a continuación.

Servicio de información de identidad y vigencia de derechos

Como ya se informó, en 2013 se inició un esfuerzo sin precedente de homologación y unificación de las iden-

¹⁶³ World Wide Web Consortium (W3C) fija las pautas de accesibilidad para el contenido de Internet, indicando cómo debe ser programado un Sitio Web, a fin de que pueda ser consultado por personas que viven con alguna discapacidad.

tidades de derechohabientes y patrones en una plataforma tecnológica que, a diciembre de 2017, cuenta con más de 50 mil millones de registros. Sobre esta plataforma se fundó, en 2014, Acceder Unificado, servicio de información de la identidad y vigencia de derechos para ser consumido por los sistemas y los procesos que así lo requieren. Para el cierre de 2017 Acceder Unificado atiende poco más de 4.2 millones de consultas diarias sobre vigencia de derechos, como se muestra en el cuadro XI.20.

Servicios de información para la comprobación de supervivencia

Gracias a la Nube Privada IMSS, que permite la interoperabilidad entre el Instituto y otras dependencias, el actual proceso de comprobación de supervivencia se basa en la digitalización e integración de canales de información relacionados con el pensionado para identificar fallecimientos e indicios de vida. Esto evi-

CUADRO XI.20.
Promedio de consultas diarias de vigencia de derechos

Servicios	Consultas diarias
Sistema de Información de Medicina Familiar (SIMF)	2,835,577
Trámites en ventanilla	649,440
Farmacia	344,257
Expediente Clínico Electrónico	191,255
Trámites en Internet	68,291
Otros Sistemas Médicos ^{1/}	39,068
Retiro por desempleo	29,689
Censo de Insuficiencia Renal Crónica (CIRC)	25,121
Servicios integrales	21,314
Guarderías	17,025
Total	4,221,037

^{1/} Otros sistemas médicos: CSI (Control de Servicios Integrales), SICEH (Sistema de Información de Consulta Externa), IMSS Vista (Sistema de Información Hospitalaria), CMT (Cita Médica Telefónica), Calculadora de Función Renal (Guanajuato); Admisión Web, Cita a Especialidad, Fórmulas Magistrales, Nefrología y Oxígeno Domiciliario (en Jalisco); SDPM (Servicio Digital de Productividad Médica), SIMO (Sistema de Información Médico-Operativo), SEDIMEHA (Semáforo de Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial) y Cardiología (DG).

Fuente: IMSS.

ta 2 visitas anuales a pensionados y 1 visita mensual de los jubilados a las instalaciones del IMSS. A marzo de 2018 se han beneficiado a 3.5 millones de pensionados y jubilados.

Para la comprobación de supervivencia en el extranjero se desarrolló un aplicativo que ha permitido realizar 5.3 mil comprobaciones diciembre de 2017, a marzo de 2018 se incrementa a un total de 7.2 mil comprobaciones de supervivencia, desde las oficinas consulares de México en el mundo.

Servicio de información móvil de atención hospitalaria

En apoyo a los procesos de atención hospitalaria, se otorgó un servicio de información móvil para que el personal médico y de enfermería, a través de un dispositivo tipo tableta o teléfono inteligente, en un solo punto puedan realizar las gestiones y trámites de hospitalización que hoy realizan de manera manual y/o con máquina de escribir. Este esfuerzo incluyó la habilitación de redes inalámbricas y equipamiento de cómputo.

Esta herramienta se encuentra en operación en el Hospital de Oncología desde 2015; en 2016 se adicionaron el Hospital de Especialidades y Hospital de Pediatría del Centro Médico Nacional "Siglo XXI", así como el Hospital de Gineco-Obstetricia del Centro Médico Nacional "La Raza". Al momento contiene 105 formatos digitales, así como flujos de trabajo para tareas de Enfermería, Ingresos y Egresos, Solicitudes de Estudios y Consulta de Resultados de Estudios de Laboratorio.

Módulo de Consulta Externa del Expediente Clínico Electrónico (ECE IMSS)

Al cierre de diciembre de 2017, el ECE IMSS se encontraba desplegado en 124 unidades médicas, lo que representa una cobertura de 46% en consultorios de segundo nivel y de 69% de tercer nivel de atención; esto permite que el personal médico cuente con una agenda de citas, registro de historia clínica de los pacientes y emisión de receta electrónica. Asimismo, gestiona el envío de pa-

cientes a otras unidades, solicita estudios de laboratorio y emite el certificado de incapacidad temporal para el trabajo.

A marzo de 2018, esta cobertura se extendió a 6 unidades médicas más, llegando a un total de 130, lo que representa 47% de los consultorios de segundo nivel y de 82% de tercer nivel de atención;

Adicionalmente, y gracias al esfuerzo para promover la adopción de este módulo, el promedio general de uso se incrementó de 84.45%, que se tenía a finales de 2017, a 90.92%, al cierre de marzo de 2018.

Cita Médica

En mayo de 2017 se realizó el lanzamiento de este servicio en el portal Web del IMSS, convirtiéndose en el primer servicio multicanal del Instituto, el cual permite a la población derechohabiente programar una cita por 4 canales de atención: centro de contacto, App IMSS Digital, portal del IMSS y presencial. De diciembre de 2016 a diciembre de 2017, se agendaron 4.2 millones de citas vía centro de contacto, 2.4 millones vía App IMSS Digital y 329 mil citas vía portal IMSS. A marzo de 2018, se logró programar 5.2 millones de citas vía centro de contacto, 3.5 millones vía App IMSS Digital y 679 mil citas vía portal IMSS. Lo que equivale a 9.4 millones de citas agendadas de forma digital y no presencial a marzo de 2018.

Sistema Institucional de Optimización de Camas (SIOC)

Es una aplicación que apoya a la iniciativa de Gestión de Camas y permite realizar la administración de camas hospitalarias, identificando gráficamente su disponibilidad a través de simbología y código de colores. Su objetivo es la disminución de los tiempos de espera para ingresar a piso de hospitalización, optimizando la disponibilidad de las camas hospitalarias. De julio de 2017 a marzo de 2018 el sistema se ha implementado en 11 hospitales, con una proyección de cobertura de 24 unidades médicas más en 2018.

Receta Electrónica

Es un servicio que verifica y actualiza la disponibilidad de medicamentos en las farmacias y genera estadísticas que facilitan la planeación de la adquisición y distribución en las unidades médicas. Durante el año 2017 se han emitido 131.9 millones en unidades de primer nivel de atención y 3.1 millones de recetas electrónicas en unidades de segundo y tercer niveles de atención. De enero a marzo de 2018 se han emitido 44.7 millones de recetas en unidades de primer nivel de atención y 979 mil recetas electrónicas en unidades de segundo y tercer niveles de atención.

Receta Resurtible

El Programa de “Receta Resurtible” facilita la atención de pacientes con alguna de las 10 enfermedades crónicas controladas. El paciente acude a consulta cada 3 meses y recibe recetas canjeables, una por cada mes, hasta su próxima cita. Si el paciente presenta alguna molestia, puede acudir en cualquier momento a consulta en su UMF. Este programa se encuentra disponible en la totalidad de las UMF y UMAE. De enero a diciembre de 2017 se han emitido 4.6 millones de recetas resurtibles en las UMF y 29 mil en UMAE. De enero a marzo de 2018 se han emitido 1.1 millones de recetas resurtibles en las UMF y 12.7 mil en las UMAE.

Sistema de Información Médico Operativo Central para Consulta Externa (SIMOC)

Este sistema permite al área médica registrar de manera oportuna la productividad de los hospitales de segundo y tercer niveles de atención, reduciendo los tiempos administrativos y optimizando la generación de información nominal para la Consulta Externa de Especialidades, reduciendo el plazo de la oportunidad de la información de 3 meses a solo 1 día. De enero a diciembre de 2017, se han registrado en la aplicación de SIMOC un total de 23.5 millones atenciones. De enero a marzo de 2018, se han registrado 2.3 millones atenciones.

Incapacidad por Internet

Servicio que forma parte de IMSS Digital, se liberó en noviembre de 2017, permite a la población asegurada consultar el estatus de pago de su incapacidad, el historial de sus incapacidades y la posibilidad de registrar su cuenta CLABE para recibir por transferencia la prestación económica. Los patrones pueden consultar las incapacidades de sus trabajadores y los estados de cuenta para convenios de reembolso de subsidios. Durante el sexto bimestre de 2017 se realizaron más de 2.1 mil consultas por patrones (1,384) y trabajadores (898). De enero a marzo de 2018 se han realizado 4.8 mil consultas por asegurados y 37.5 mil de patrones.

Servicios Digitales de Pensiones (Pensión en línea)

Micrositio liberado en abril de 2017, que facilita la solicitud de una pensión ante el IMSS. Ofrece la posibilidad de simular un cálculo del monto de la pensión por Cesantía en Edad Avanzada y por Vejez. Desde su liberación en abril 2017 a diciembre de 2017, se ha visitado 266 mil veces, el simulador ha sido utilizado 42 mil veces y se han realizado 5.9 mil comparaciones de IMSS vs. AFORE. De enero a marzo de 2018, el micrositio se ha visitado 57.1 mil veces, el simulador ha sido utilizado 55 mil veces y se han realizado 3.1 mil comparaciones de IMSS vs. Afore.

Consulta de Riesgos de Trabajo Terminado

Aplicativo que proporciona a los patrones la información de riesgos de trabajo que sufrieron sus trabajadores y que inciden en el cálculo de la Prima de Riesgo. Durante el año 2017 se realizaron 33 mil consultas. De enero a marzo de 2018 se han realizado 30.9 mil consultas. Lo que representa 93.6% de lo realizado en el año inmediato anterior.

Corrección de Datos del Asegurado (CDA)

La aplicación CDA permite al derechohabiente realizar, vía Internet, la corrección de errores en los registros de

la CURP (nombre, fecha de nacimiento, entidad de nacimiento y sexo). Antes, el trabajador tenía que asistir al menos 3 veces a las instalaciones del IMSS y el tiempo de respuesta era hasta de 40 días hábiles; actualmente se ha reducido a solo 3 días hábiles. Desde su liberación en marzo de 2017 al 31 de diciembre del mismo año se han generado 202 mil solicitudes y se han atendido 165.3 mil. Desde su liberación, a marzo de 2018, se han generado 275 mil solicitudes y se han atendido 221 mil.

Dictamen Electrónico (SIDEIMSS)

Este aplicativo, dirigido a patrones y dictaminadores, sirve para simplificar la presentación de dictámenes, movimientos y verificación de pagos a través de un servicio digital en línea, eliminando potencialmente 15 mil visitas anuales a oficinas del IMSS. De julio a diciembre de 2017 se presentaron 41 dictámenes electrónicos. Para el ejercicio actual (el acumulado de enero a marzo de 2018) con la implementación del “Aviso de dictamen” se tienen 2,039 avisos formulados, 958 avisos presentados y un dictamen presentado.

Servicio Integral de Registro de Obras de la Construcción (SIROC)

El SIROC es un aplicativo que permite a patrones y a sujetos obligados de la industria de la construcción realizar el registro óptimo, ágil y simplificado de las obras de construcción e incidencias. Derivado de su puesta en marcha se estima un ahorro de 32.2 millones de horas para los patrones en la realización de esta actividad. De julio a diciembre de 2017, se han reportado 17.9 mil registros de obra, desde su arranque a marzo de 2018, se han alcanzado a reportar 40.8 mil registros de obra.

XI.3.3.3. Tecnología y sistemas

Los servicios tecnológicos mantienen la operación y actualización de los sistemas y procesos institucionales a través del suministro de *hardware* y *software*. Desde 2013, el Instituto dejó atrás el modelo de tecnologías de autoconsumo para adoptar modelos de consumo bajo

demanda, con la contratación de servicios de tecnología como servicios o bienes tercerizados, lo que ha hecho que hoy el Instituto tenga viabilidad tecnológica.

Actualmente, el IMSS cuenta con una red de telecomunicaciones 84% más barata y 25 veces más rápida (por megabit transferido) que la red anterior de 2012.

Desde 2013, el IMSS cuenta con un servicio tercerizado de Centro de Datos y Plan de Recuperación de Desastres, que ha permitido el despliegue de IMSS Digital y la actualización de los aplicativos al migrarlos de los Centros Nacionales de Tecnología Informática del Instituto (CENATIS) a este Centro de Datos.

Para continuar este esfuerzo, desde 2015 se llevó a cabo la contratación de los Servicios Administrados de Nube IMSS, que permiten dar continuidad a la operación de las aplicaciones ya migradas o que nacieron en el nuevo Centro de Datos ya contratado, tal como IMSS Digital.

Asimismo, se continuó con el fortalecimiento de la infraestructura tecnológica delegacional para los sistemas de salud, a través de la entrega de 299 servidores adicionales a los 317 entregados en 2014, con la finalidad de mejorar la capacidad de procesamiento y almacenamiento local.

XI.3.3.4. Capacidades digitales

A partir de 2013 se ha trabajado en la transformación del área de tecnología e innovación del IMSS, a través de importantes reestructuras; esto propició que la Dirección de Innovación y Desarrollo Tecnológico (DIDT) dejara de funcionar como un área que atendía requerimientos departamentales, con agendas digitales no unificadas, a ser una Dirección con una agenda digital conjunta, conformando una Plataforma Nacional de Mantenimiento de TIC.

Antes de 2013 las contrataciones de Tecnologías de la Información y Comunicaciones se realizaban a nivel central, y existía poco involucramiento de las delegaciones y Unidades Médicas de Alta Especialidad, lo que ocasionaba baja efectividad en los contratos; ello

desencadenaba un rezago tecnológico y riesgo de que se suspendiera la continuidad operativa del Instituto.

A partir de julio de 2015, fecha en la que se aprobó el nuevo Manual de Organización de esta Dirección Normativa, que responde a la arquitectura IMSS Digital, se alcanzó un hito sin precedentes, que consolida a dicha Dirección como área única en la innovación de servicios digitales y de información, reforzándose con las modificaciones al citado Manual autorizadas en el mes de agosto de 2016. De igual forma, en diciembre de 2015 se aprobó el nuevo Manual de Organización para Coordinadores Delegacionales de Informática (CDIS), mediante el cual se fortalece la coordinación de los temas tecnológicos en las delegaciones; asimismo, se solicitó el registro de actualización del citado Manual en el mes de enero de 2018.

El IMSS habilitó un nuevo modelo de consumo bajo demanda y desarrolla las capacidades locales de contratación, a través de un presupuesto local, con base en estándares técnicos y administrativos diseñados centralmente. Durante 2017 se dispersaron 180 millones de pesos, lo que dio como resultado la reparación de 42,776 dispositivos de TIC (cableado, switch, PBX, teléfono, proyectores, lector escáner, servidores, monitores y computadoras), reforzando los servicios de atención médica, así como actividades de afiliación y cobranza en las delegaciones.

Cabe señalar que de 2013 a 2017 se han dispersado 840.4 millones de pesos, que dieron como resultado 872 procedimientos locales de contratación, con un impacto de más de 222 mil dispositivos de TIC reparados.

Durante 2017, la DIDT redobló esfuerzos para contribuir al cumplimiento de los ejes estratégicos delineados por la Dirección General del Instituto mediante una mejor ejecución del gasto y asignación de recursos presupuestales del portafolio de proyectos de Tecnologías de la Información y Comunicaciones. En ese sentido, en congruencia con los resultados obtenidos en ejercicios anteriores, se continuó la estrategia de reducir el gasto operativo, el cual pasó de representar 79%

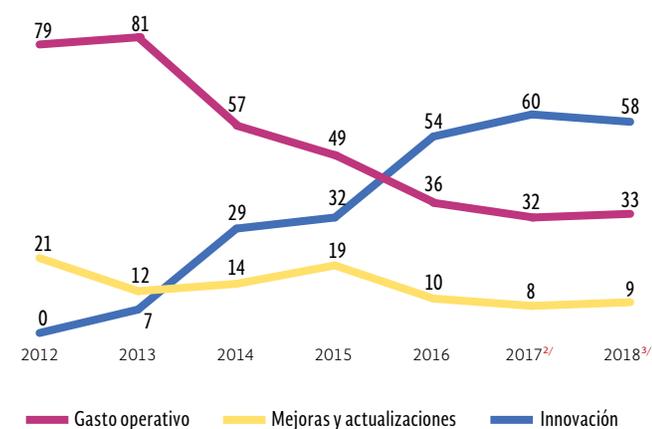
en 2012, a solo 32% en 2017. Esto a su vez permitió destinar 60% del presupuesto al rubro de innovación, situación contrastante si se tiene en consideración que en 2012 el gasto en ese rubro era prácticamente inexistente. En este contexto, durante 2018, ante el cierre de la administración como contención del gasto, la DIDT prevé destinar 58% de su presupuesto a innovación, para mantener el rumbo de la agenda digital del Instituto y dar cumplimiento a los compromisos asumidos en la materia, como se muestra en la gráfica XI.10.

Con relación a las contrataciones de los bienes y servicios de Tecnologías de la Información y Comunicaciones requeridos por el Instituto, durante 2017 se mantuvo la prioridad de asignar presupuesto a contratos de tipo plurianual ejerciéndose 22% más, en términos absolutos, que el presupuesto ejercido en este tipo de contratos durante 2016. En 2018 se prevé mantener la misma estrategia de contratación.

Premios en materia de Tecnologías de la Información y Comunicaciones

En materia de TIC, el Instituto ha recibido varios premios

GRÁFICA XI.10.
Ejecución del gasto del área tecnológica^{1/}
(porcentaje)



^{1/} 2012-2017 son cifras al cierre de cada ejercicio. Presupuesto 2018, son cifras proyectadas.

^{2/} Presupuesto 2017 son cifras al cierre del ejercicio 2017.

^{3/} Presupuesto 2018, son cifras proyectadas.

Fuente: IMSS.

y reconocimientos que lo han colocado a la vanguardia tecnológica y como referente tanto en el Sector Salud como en la manera de brindar atención médica y de seguridad social a casi la mitad de la población mexicana.

Durante 2017, 8 de los servicios de la estrategia IMSS Digital fueron certificados con el Sello de Excelencia de Gobierno Digital; con ello, el IMSS se convierte, hasta este momento, en la primera y única institución en recibir este reconocimiento. Además, se recibieron 2 reconocimientos: Mejor App de la Administración Pública Federal y Diseño del Servicio Digital por la Sociedad por Acciones Simplificada.

En noviembre de 2017 la App IMSS Digital recibió el premio “Certificado de mérito con mención especial” por parte de la Asociación Internacional de Seguridad Social (AISS), durante el Foro Regional de Seguridad Social para las Américas de la AISS.

Siguientes pasos

Con el claro objetivo de continuar robusteciendo la estrategia IMSS Digital y permanecer cada vez más cerca y de forma amigable con la ciudadanía, el IMSS tiene programado seguir trabajando para mejorar la atención brindada a los derechohabientes, patrones y ciudadanía en general.

En materia de TIC, y debido a las ventajas de ahorros de tiempo y recursos que éstas representan, tanto para el ciudadano como para la dependencia, el Instituto continuará focalizada en 2 principales acciones: i) incrementar el uso de los nuevos trámites digitales con los que hoy cuenta el IMSS, y ii) continuar con la liberación de trámites digitales de punta a punta, a través de los distintos canales de atención disponibles actualmente.

El IMSS seguirá impulsando los modelos de salud de lo curativo a lo preventivo, usando la tecnología como herramienta de apoyo para el logro de estos objetivos; tal es el caso del Modelo Preventivo de Enfermedades Crónicas que implementó el IMSS a principios del ejercicio 2018 para la entidad de Nuevo León, con una cobertura de convenios de 7 grupos empresariales que

suman en total 67 empresas. Con base en lo anterior, se ha estratificado un total de 2.8 millones de derechohabientes, a fin de identificar y focalizar la campaña de atención para cada uno de ellos de acuerdo con su padecimiento en diabetes mellitus e hipertensión arterial. Para el ejercicio 2018, se tiene planeado sumar a este modelo a la población de la Ciudad de México.

El IMSS tiene el claro propósito de fortalecer la digitalización de procesos a fin de reducir las cargas administrativas que realiza el personal de salud en las unidades médicas, por lo que continuará fortaleciendo la aplicación Servicio de Información Móvil de Atención Hospitalaria, misma que se encuentra en proceso de despliegue en el Hospital de Gineco-Obstetricia No. 4 “Luis Castelazo Ayala”, así como en el Hospital General Regional No. 1 “Doctor Carlos MacGregor Sánchez Navarro”. Por otra parte, a la funcionalidad de esta herramienta se está incorporando la atención automatizada en los procesos de Salud en el Trabajo, misma que estará trabajándose como un piloto en las unidades de la Delegación Sur de la Ciudad de México.

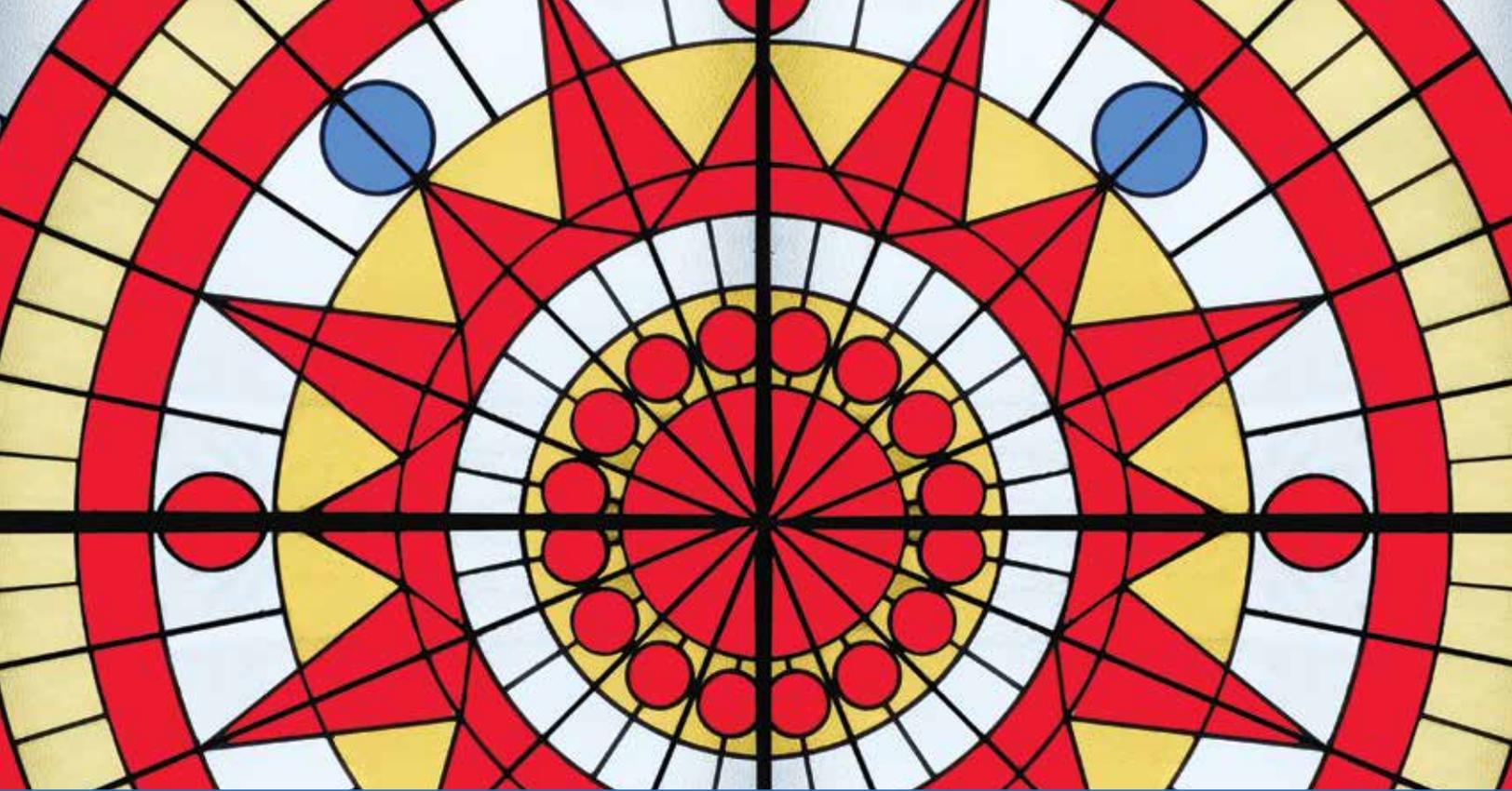
Respecto a la simplificación y digitalización de trámites, en marzo de 2018 se concluyó el piloto del Sistema de Semanas Cotizadas (SISEC), mismo que está próximo a su liberación y sustituirá al sistema legado “Historia Laboral del Asegurado” (HLDA). Este sistema permite al trabajador solicitar y obtener por Internet un certificado de sus semanas cotizadas ante el IMSS. Es decir, obtener en forma inmediata un reporte de su historia laboral y, en caso de requerirlo, solicitar también la aclaración de la misma. Cabe señalar que el tiempo de atención de una solicitud de aclaración se reduce de 3 meses a 1 mes. La demanda anual esperada es de 5 millones de certificados.

Otros aplicativos o sistemas que se considera liberar durante 2018 son: la Fase II del Servicio de Corrección de Datos del Asegurado (CDA), cuyo objetivo consistirá en permitir al asegurado solicitar la corrección de su Número de Seguridad Social bajo diferentes esce-

narios de error, como duplicidad e invasión del Número de Seguridad Social y homonimia del derechohabiente.

Durante 2018 se continuarán los esfuerzos en torno al trámite de Incapacidad por Internet, servicio en el que se agregará un mecanismo de autenticación adicional a la Firma Electrónica a través de la CURP y correo electrónico, para permitir que más asegurados tengan acceso a los beneficios de este servicio, y a Pensión en Línea, donde será posible simplificar el mecanismo de obtención de una pensión, iniciando con una proyección de pensión a través de Internet en la que el solicitante validará los requisitos e incluso el monto de la pensión, y concluyendo con una única visita a ventanilla para obtener la resolución del trámite. La liberación del esfuerzo institucional será paulatina iniciando con las pensiones de mayor demanda, las de Cesantía y Vejez, hasta completar todos los tipos de pensión que, en suma, representan 550 mil solicitudes por año.

Así también, durante 2018 se reforzará el programa institucional para la Simplificación de Prestaciones por Maternidad, mediante la existencia del Portal de Maternidad, sitio dedicado principalmente a las mujeres, en donde podrán consultar contenidos de interés avalados por el Instituto, hacer uso del servicio digital Diario de Maternidad para llevar un autorregistro de los principales eventos relacionados con su embarazo y tener accesos rápidos a los servicios digitales más útiles antes, durante y después de dicha etapa.



Reflexiones Finales y Propuestas

Capítulo XII

El Instituto Mexicano del Seguro Social es la institución más grande de América Latina, con mayor presencia en la atención a la salud y en la protección social de los mexicanos desde su fundación en 1943.

Aunque en sus inicios brindaba seguridad social solamente a las y los trabajadores, poco a poco fue ampliando su cobertura, para incluir también a sus familias, así como a la población más desprotegida que vive en zonas rurales y comunidades indígenas del país.

En sus más de 7 décadas de existencia, ha enfrentado diversos acontecimientos que han modificado las necesidades y requerimientos de sus derechohabientes en materia de salud y de seguridad social.

Por un lado, los cambios demográficos que se han registrado ejercieron presiones en las finanzas públicas del IMSS, pues al tener una población con mayor esperanza de vida, transitando a una población más envejecida, se hacía necesario destinar mayor gasto a la atención de la salud.

Por otra parte, las enfermedades infecciosas dejaron de ser la principal causa de enfermedad y muerte, para ser reemplazadas por las crónico-degenerativas, como cáncer y diabetes, las cuales también requieren una mayor proporción del gasto para su atención.

Adicionalmente, el pago de jubilaciones y pensiones de los trabajadores del IMSS implicarán una presión adicional en el gasto durante los próximos años.

Para hacer frente a todos estos acontecimientos, el Instituto tuvo que hacer uso de las reservas financieras, situación que se agudizó entre 2010 y 2012, a tal grado que en 2012 se utilizaron 22 mil millones de pesos de las reservas que sólo debían usarse en situaciones extraordinarias.

A este ritmo, el IMSS estaba prácticamente quebrado y dejaría de ser autosustentable financieramente en 2015 como se indicó en el Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión sobre la Situación Financiera y los Riesgos del Instituto de 2010-2011¹⁶⁴.

Para evitar tener que inyectarle mayores recursos presupuestales, se emprendió un programa de reestructuración financiera basada en 3 ejes principales.

1. Fortalecimiento Financiero.
2. Simplificación y Digitalización de Trámites.
3. Calidad y Calidez de los Servicios Médicos.

Con el apoyo y compromiso de las distintas direcciones del IMSS y los representantes del Honorable Consejo Técnico, se emprendieron diversas acciones en cada uno de estos ejes generando ajustes estructurales. En el año que acaba de concluir, los resultados han sido muy favorables, como se verá a continuación.

XII.1. Eje 1. Fortalecimiento Financiero

En 2012, el IMSS se encontraba en una situación financiera crítica al tener que utilizar para su operación sus reservas financieras, lo que implicaba que los gastos del Instituto superaban a los ingresos en 28,482 millones de pesos¹⁶⁵, limitando su capacidad de operación y poniendo en riesgo su horizonte de vida en el futuro casi inmediato (2014).

¹⁶⁴ Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión sobre la Situación Financiera y los Riesgos del Instituto Mexicano del Seguro Social, 2014-2015, página 19.

¹⁶⁵ Importe expresado en millones de pesos de 2018.

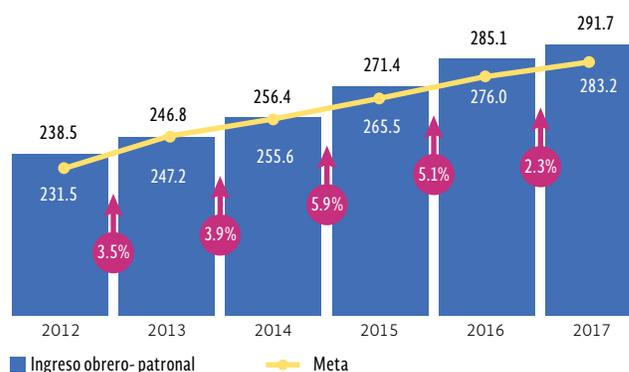
A partir de 2013 se emprendió un programa de fortalecimiento financiero con el que se logró revertir el deterioro financiero y operar bajo un esquema de viabilidad y eficiencia que, además de salvarlo de una quiebra inminente, permitió al Instituto trabajar ajustándose a lo programado en el Presupuesto de Egresos de la Federación.

Este eje se compuso de una serie de acciones que lograron, por un lado, incrementar los ingresos y, por el otro, hacer un uso más eficiente del gasto, generando recursos suficientes para orientarse al otorgamiento de más y mejores servicios, y mayores inversiones en infraestructura y equipamiento médico, principalmente.

Ingresos

A pesar del entorno económico adverso prevaleciente en el país, el comportamiento de los ingresos del IMSS en el último año superaron las expectativas. Al cierre de 2017, el IMSS obtuvo ingresos por 291.7 mil millones de pesos; esta cifra es 94.5 mil millones superior a los ingresos obtenidos en 2012 (53.2 millones en términos reales), lo que representa un incremento de 47.9% en términos nominales y 22.3% en términos reales (gráfica XII.1).

GRÁFICA XII.1.
Ingreso obrero-patronal del IMSS real (incluye IMSS-Patrón) y meta de la Ley de Ingresos de la Federación, 2012-2017^{1/}
(miles de millones de pesos de 2017)



^{1/} La meta de recaudación corresponde a la aprobada en la Ley de Ingresos de la Federación.

Fuente: Dirección de Finanzas, IMSS.

Por el lado de los registros patronales también se observan cifras sin precedente. Al cierre de 2017 se tiene un registro cercano al millón de patrones afiliados al Instituto (949,411) y en los primeros 5 años y 5 meses de la presente Administración¹⁶⁶ se reporta un incremento de casi 123 mil nuevos patrones, más de 15 veces arriba de lo creado en el mismo periodo de la anterior Administración, e incluso muy superior a lo creado en la totalidad de los sexenios de las Administraciones pasadas (gráfica XII.2).

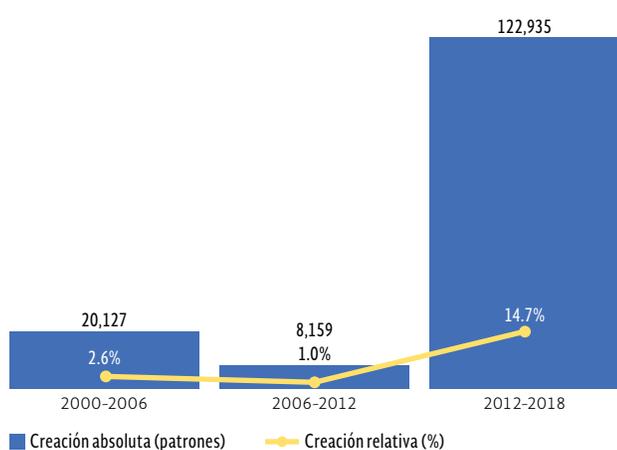
Empleo

Este incremento sostenido en los ingresos se ha visto favorecido por la creación histórica y sin precedente de empleos formales en el país desde 2013 a la fecha.

En 2017 se afiliaron 801,831 nuevos trabajadores, lo que representa la mayor generación de empleos formales desde que se tiene registro. Este desempeño superó el máximo histórico anterior en 9.5% registrado al cierre de 2016, cuando se reportaron 732,591 nuevos empleos.

¹⁶⁶ Del 1° de diciembre de 2012 al 30 de abril de 2018.

GRÁFICA XII.2.
Afiliación de registros patronales en el IMSS en los primeros 5 años y 5 meses de la actual y anteriores Administraciones^{1/}



^{1/} El periodo considerado es del 1° de diciembre del inicio de cada Administración hasta el 30 de abril del último año de la misma.

Fuente: Dirección de Incorporación y Recaudación, IMSS.

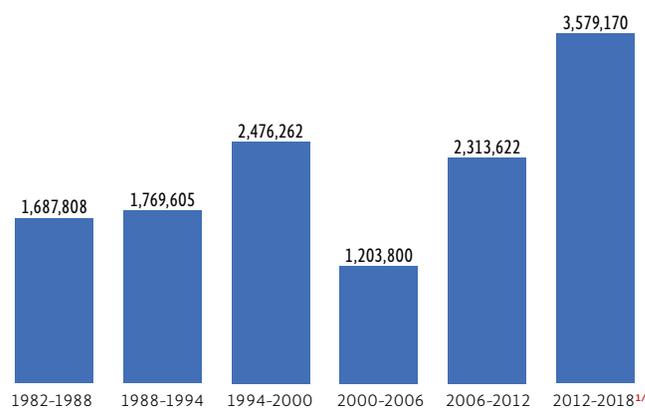
A abril de 2018 se afiliaron 87,109 nuevos trabajadores, 225% más que lo reportado en abril de 2017 (26,765). Este es el segundo mayor aumento reportado en un mes de abril desde que se tiene registro.

En los primeros 5 años y 5 meses de la presente Administración, se reporta la creación histórica de 3.6 millones de empleos (gráfica XII.3), lo que representa 2.1 veces lo creado en el mismo periodo de la Administración anterior (1'724,845) e incluso es superior a los empleos creados en los 12 años completos de las dos Administraciones pasadas (3'517,422). De seguir esta tendencia, se prevé que en los próximos meses se supere la cifra de 4 millones de nuevos empleos durante la presente Administración.

Gastos

Una de las prioridades en esta Administración ha sido el uso racional de los recursos y la asignación eficiente del gasto. Gracias a esta fórmula financiera, en 2017 el Instituto logró ahorros cercanos a los 7 mil millones de pesos, lo que ha permitido liberar recursos para invertir

GRÁFICA XII.3.
Creación de empleo por periodo (número)



^{1/} El dato a 2018 es a abril.

Fuente: Dirección de Incorporación y Recaudación, IMSS.

en infraestructura, adquisición de equipo médico, compra de medicamentos, entre otros.

Entre las diferentes estrategias implementadas para hacer un uso eficiente del gasto destacan: i) el esquema de compras consolidadas; ii) la mejora en nuestros procesos de compra privilegiando las licitaciones públicas; iii) la contratación de servicios integrales; iv) la sustitución del parque vehicular de un esquema de compra a uno de arrendamiento, y v) la disminución del gasto en prestaciones económicas, que en conjunto generaron ahorros de casi 7 mil millones de pesos en 2017 (cuadro XII.1).

Con el esquema de compras consolidadas, los ahorros durante la presente Administración para el Sector Salud ascienden a un total de casi 17,400 millones de pesos, de los cuales 10,500 millones corresponden al IMSS.

Los procedimientos de compras se realizaron bajo un marco de absoluta transparencia y competencia en todas las fases. La Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) reconoció los esfuerzos del IMSS en materia de compras públicas, colocándonos como pionero y referente nacional e internacional en este tipo de procesos.

Por lo anterior y con su acompañamiento, en el IMSS se implementaron distintas medidas de transparencia dentro de los procedimientos de compras públicas, entre las que destacan: i) apertura con actores externos (Secretaría de la Función Pública, OCDE y Organización de las Naciones Unidas); ii) reuniones de acompañamiento permanente con la industria; iii) transmisión en vivo de todas las fases de la licitación, y iv) un nuevo micrositio con toda la información de la compra consolidada. Todo lo anterior, para incrementar la confianza y la transparencia en el proceso, durante la compra.

Por otra parte, durante la gestión de esta Administración se ha hecho un esfuerzo para incrementar la participación de licitaciones públicas. Mientras que en 2012, de las compras del IMSS 61% se realizaron mediante procedimientos de licitación pública; en 2017 este porcentaje subió a 76%, lo que equivale a un gasto de 47 mil millones de pesos. Si consideramos adicionalmente que las compras de medicamentos de patente y fuente única no pueden ser licitadas, podemos afirmar que solo cerca de 10% de las adquisiciones no se realizan por licitación pública, lo cual obedece a que los montos de las operaciones son muy bajos, o se trata de compras urgentes.

CUADRO XII.1.
Acciones asociadas al control eficiente del gasto
(millones de pesos)

Acción o Programa	Ahorros en 2017
Ahorros por compras consolidadas	2,291
Contratación de servicios integrales (hemodiálisis ambulatoria, servicios de laboratorio, banco de sangre y mínima invasión)	2,969
Ahorros por sustitución de parque vehicular por servicios integrales de arrendamiento	101
Licitación del servicio de seguridad para los inmuebles del IMSS	82
Disminución del gasto en Prestaciones Económicas	1,500
Total acumulado	6,943

Fuente: Dirección de Administración, Dirección de Prestaciones Médicas y Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales, IMSS.

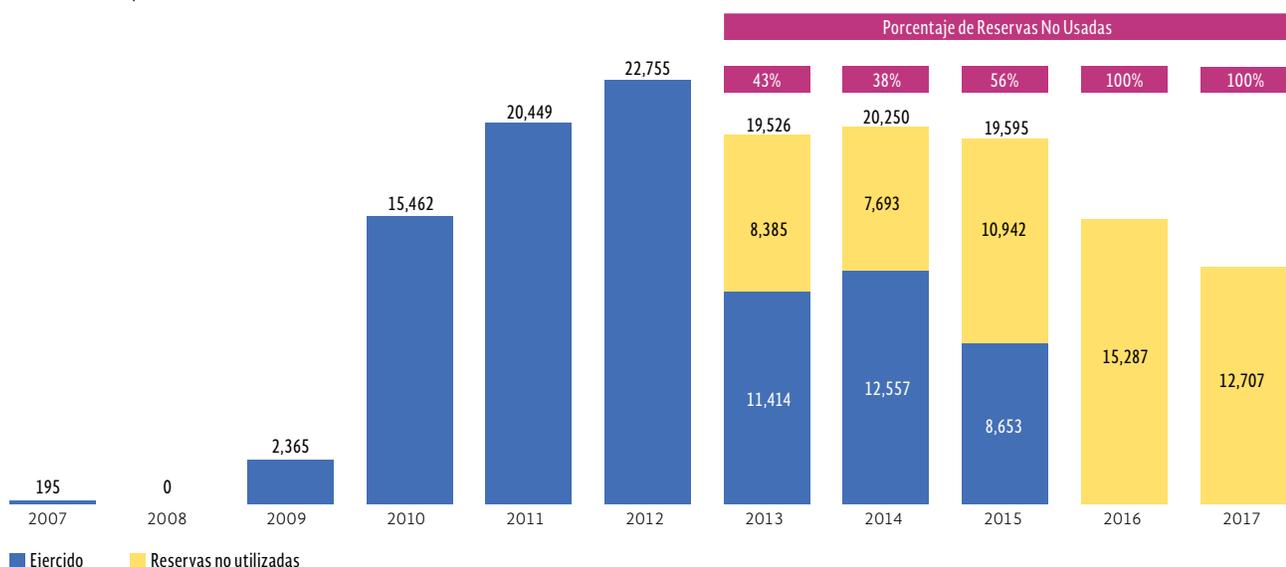
Superávit

Como resultado del incremento de los ingresos y del mejor uso de los recursos, el IMSS, al cierre de 2017, logró un superávit de 9,747 millones de pesos¹⁶⁷, que sumado al obtenido en 2016, alcanza un superávit acumulado de más de 16 mil millones de pesos (gráfica XII.4).

Toda vez que las finanzas del IMSS se vieron fortalecidas por las medidas implementadas, los esfuerzos pueden centrarse en mejorar la atención al derechohabiente.

¹⁶⁷ Importe expresado en millones de pesos de 2018.

GRÁFICA XII.4.
Uso de Reservas, 2007-2017
 (millones de pesos)



Fuente: IMSS.

XII.2. Eje 2. Simplificación y Digitalización de Trámites

Al inicio de la Administración, aunque parezca inverosímil, ningún trámite en el IMSS se podía hacer de manera digital de punta a punta. Por ello, el segundo eje de la estrategia fue mejorar la experiencia del usuario para evitar pérdida de tiempo en trámites complicados, largas filas y visitas innecesarias al IMSS, al mismo tiempo que disminuir los costos asociados a cada una de las gestiones administrativas, tanto para el derechohabiente como para el IMSS.

En línea con la Estrategia Digital Nacional, la estrategia IMSS Digital se planteó como objetivo lograr que la tecnología y la innovación contribuyan a alcanzar las grandes metas de desarrollo del país. Para el IMSS, esto se tradujo en acercar y facilitar los servicios del Instituto a los asegurados y sus familias.

En 2013 inició el programa más ambicioso de desregulación, simplificación y digitalización de trámites de

los últimos años. De esa fecha y hasta marzo de 2018 se han digitalizado 78% de los trámites y servicios, los cuales se han realizado 226 millones de veces.

Entre los trámites y servicios digitales más usados se encuentran: i) solicitud de cita médica; ii) asignación y localización del Número de Seguridad Social; iii) actualización de datos del derechohabiente; iv) consulta de semanas cotizadas, y v) consulta de vigencia de derechos (gráfica XII.5).

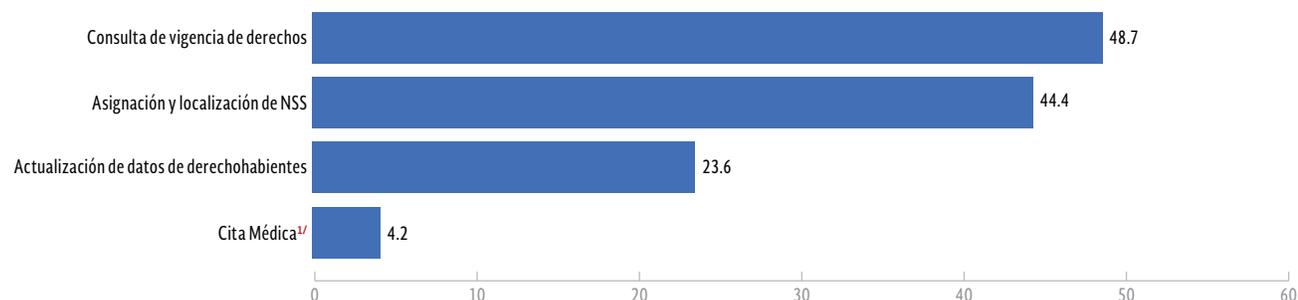
El sector patronal también ha recibido importantes beneficios con la digitalización de trámites como se indica en el cuadro XII.2.

Adicionalmente, a través del Escritorio Virtual se han realizado 8.6 millones de trámites de 2013 a 2017, el cual permite a los patrones: i) consultar estados de adeudo de ramos IMSS; ii) consultar estados de adeudo de Retiro, Cesantía y Vejez (RCV); iii) realizar la Carta Opinión de Cumplimiento de Obligaciones en Materia de Seguridad Social, y iv) realizar la Consulta de Comprobantes Fiscales Digitales (CFDI) para la deducción del Impuesto Sobre la Renta (cuadro XII.3).

GRÁFICA XII.5.

Principales trámites digitales, 2013-marzo de 2018

(millones de trámites)



^v Trámite digitalizado en diciembre de 2016. Incluye las realizadas por App IMSS Digital y web.

Fuente: Dirección de Innovación y Desarrollo Tecnológico, IMSS.

CUADRO XII.2.

Número de trámites patronales realizados desde su digitalización, 2013-2017

Trámite digital	Año de inicio de operaciones	Número de trámites
Sistema de Pagos Referenciados (SIPARE)	2013	34,950,500
Consulta de Riesgos de Trabajo	2016	33,000
Sistema Integral de Registro de Obras de Construcción (SIROC)	2017	17,900
Consulta de Incapacidad por Internet	2017	2,100

Fuente: Dirección de Innovación y Desarrollo Tecnológico, IMSS.

CUADRO XII.3.

Trámites realizados a través del Escritorio Virtual, 2013-2017

Trámite digital	Año de inicio de operaciones	Número de trámites
Consulta de Comprobantes Fiscales Digitales (CFDI)	2015	7,532,600
Carta Opinión de Cumplimiento de Obligaciones en Materia de Seguridad Social	2014	1,028,900
Estados de Adeudo Ramos IMSS	2014	33,600
Estados de Adeudo de RCV	2014	11,400

Fuente: Dirección de Innovación y Desarrollo Tecnológico, IMSS.

Durante 2018 se ajustará el SIPARE a fin de que los patrones puedan, en una sola operación, pagar diversos periodos, registros patronales y conceptos, facilitando aún más el pago de las cuotas obrero-patronales. Se estima que estas acciones evitarán que el IMSS gaste 30 millones de pesos anuales en comisiones bancarias.

Para 2018 se consolidará el nuevo servicio de Pago de Incapacidades de Manera Electrónica, que permitirá a los asegurados cobrar su subsidio por medio de depósitos a su cuenta y sin necesidad de trasladarse a las sucursales bancarias. Se estima que esta acción generará ahorros al Instituto por 60 millones de pesos anuales en comisiones bancarias.

App IMSS Digital

El éxito de la estrategia digital no se podría entender sin los cerca de 3 millones de descargas de la App IMSS Digital. Por esta vía se pueden realizar los siguientes trámites y servicios digitales: i) obtención o consulta de Números de Seguridad Social; ii) alta o cambio de clínica; iii) consulta de vigencia de derechos; iv) ubicación de inmuebles; v) información en salud; vi) agenda de citas médicas, y vii) calculadora de CHKT en Línea. Esto la ha convertido en la aplicación más descargada, al tener 37 veces más descargas que el promedio de aplicaciones del Gobierno Federal.

En la App IMSS Digital se incluyó CHKT en línea, habilitando una calculadora para detectar el riesgo de padecer hipertensión arterial o diabetes mellitus, como parte de la estrategia de prevención, así como del compromiso de acercar los servicios del IMSS a más personas. Con esta innovación, a través de 9 preguntas, el usuario puede conocer factores de riesgo de padecer estas enfermedades. En caso de tener alto riesgo, el usuario podrá programar una cita médica en su clínica.

En febrero de 2017 se puso a disposición de la ciudadanía esta herramienta en el portal del IMSS, y de esa fecha a diciembre del mismo año se realizaron 70.6 mil cuestionarios de riesgo. Para marzo de 2018 la cifra se incrementó a 122.4 mil cuestionarios de riesgo de diabetes mellitus e hipertensión arterial, realizados vía App y portal.

A raíz de una consulta convocada por el Presidente de la República en sus redes sociales sobre los beneficios y oportunidades de mejora de la APP IMSS Digital, el 15 de marzo de 2018 se decidió ampliar la calculadora CHKT en línea para incluir 2 enfermedades adicionales: cáncer de mama y de próstata. Hoy, con 5 preguntas relacionadas con el cáncer de mama y 8 con el cáncer de próstata, el usuario puede también conocer los factores de riesgo de padecer estas 2 enfermedades.

En apoyo a las mujeres trabajadoras y sus familias

Cada año, alrededor de 270 mil mujeres trabajadoras son beneficiadas por la reforma a la Ley Federal del Trabajo que permite transferir desde 1 y hasta 4 semanas del periodo de descanso prenatal al periodo postnatal.

De igual manera, cerca de 75 mil mujeres que deciden atender su parto fuera del IMSS se benefician de la simplificación del trámite de incapacidad por maternidad; en lugar de las 7 visitas médicas, como máximo, a las que estaban obligadas a realizar anteriormente, ahora solo tienen que acudir una vez para recibir dicha prestación, lo que evita 350 mil visitas anuales innecesarias a las unidades médicas.

En concordancia con lo anterior y en atención y respeto a los derechos de las mujeres trabajadoras, en 2017 se simplificó el trámite para que mujeres con parto prematuro puedan disfrutar de los 84 días de incapacidad que les corresponden, beneficiando a más de 8 mil aseguradas con parto prematuro cada año.

Estas nuevas medidas permitirán que las madres gocen el mayor número de días posibles para restablecer su salud, cuidar de sus bebés y, al mismo tiempo, fomentar la lactancia materna.

En apoyo a los trabajadores pensionados

En lo que va de la presente Administración se han llevado a cabo diferentes acciones para facilitar los trámites de pensión y beneficiar a los 3.5 millones de pensionados que tiene el IMSS.

Una de estas acciones es la eliminación de la comprobación de supervivencia presencial para los pensionados, con lo que se han eliminado 7 millones de visitas a las instalaciones del IMSS.

También se liberaron 3 servicios digitales para los solicitantes de pensión: i) Simulador de pensión por Cesantía en Edad Avanzada y Vejez de la LSS 73; ii) Compara tus datos entre el IMSS y tu Afore, y iii) Consulta tus beneficiarios.

Igualmente, se dio inicio a la simplificación y optimización de los trámites de pensión, a través del Sistema de Semanas Cotizadas (SISEC), mediante el cual el trabajador podrá solicitar y obtener por Internet un certificado de sus semanas cotizadas; esto es, obtener de manera inmediata, un reporte de su historia laboral.

En 2018 se continuará con la simplificación y digitalización de la solicitud de pensión, a fin de que en lugar de las 4 visitas que se necesitaban para solicitar una pensión, se requerirá una sola visita a las ventanillas, lo que eliminará más de un millón de visitas al año a las oficinas del IMSS.

XII.3. Eje 3. Calidad y Calidez de los Servicios Médicos

Como se indicó anteriormente, en los últimos años se logró revertir la crítica situación financiera que se tenía, logrando pasar de números rojos a números negros. Sin embargo, la situación financiera no es el objetivo principal por el que se trabaja en el IMSS. En esta Administración se tiene claro que no habrá saneamiento financiero que valga la pena si no se refleja en más y mejores servicios para los derechohabientes.

Con este propósito, en 2016 se presentó la Estrategia Integral para Fortalecer la Atención Médica que incluye un conjunto de iniciativas enfocadas a mejorar la calidad y calidez de los servicios, y al mismo tiempo, atacar una de las demandas más sentidas de la población asociada a los tiempos de espera. Con la escala de estas iniciativas a nivel nacional, el IMSS logró importantes avances en los siguientes rubros:

1. Uso más eficiente de los recursos.
2. Ampliación y mejoramiento de infraestructura y renovación de equipo médico.
3. Nuevo Modelo Preventivo de Enfermedades Crónicas.
4. Calidez en la prestación de los servicios.

Uso más eficiente de los recursos

Para reducir los tiempos de espera el Instituto implementó diversas iniciativas prioritarias como se indica a continuación.

Unifila: Pacientes sin cita

El principal objetivo de Unifila es reducir los tiempos de espera de los pacientes que acuden sin cita a su Unidad de Medicina Familiar (UMF). Antes de la implementación de esta iniciativa, un paciente sin cita esperaba más de 2 horas para recibir atención médica. Al cierre de 2017, el IMSS logró reducir el tiempo de espera a 59 minutos, lo

que representa una disminución de 56% (gráfica XII.6).

Esta iniciativa se desarrolló en 2 fases; durante la primera se implementaron 300 UMF de 10 o más consultorios, mientras que en la segunda fase se implementaron 149 UMF de 5 a 9 consultorios. Las 449 unidades implementadas potencialmente benefician a una población de 46.6 millones de personas adscritas a medicina familiar.

Referencias a segundo nivel de atención

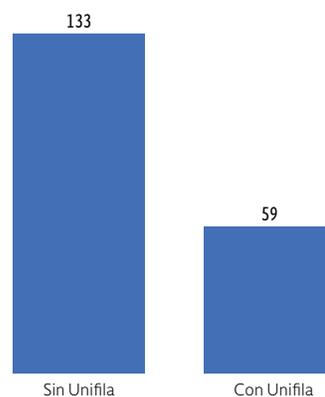
Anteriormente, para obtener una cita en segundo nivel de atención era necesario que el paciente pasara más de 2 horas recolectando firmas y sellos de vigencia en la UMF. Varios días después, el paciente tenía que regresar a la unidad para obtener la confirmación de su cita en segundo nivel de atención. Bajo este contexto se concibió la iniciativa de Referencias, que tiene el objetivo de simplificar los procesos y reducir los tiempos de espera requeridos para realizar la referencia entre una UMF y un hospital de segundo nivel para tener cita con un especialista.

Con la implementación de esta iniciativa se ha logrado una reducción de 99% en los tiempos de espera (gráfica XII.7). Actualmente, alrededor de 56 millones de personas adscritas a medicina familiar de 176 hospitales esperan menos de 30 minutos para recibir la

GRÁFICA XII.6.

Unifila: Impacto en los tiempos de espera

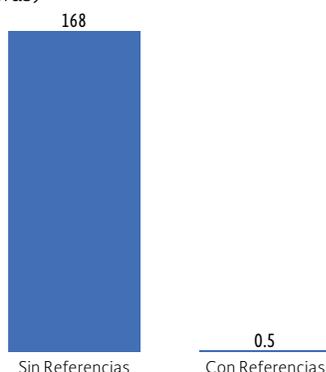
(minutos)



Fuente: Dirección de Planeación Estratégica Institucional, Dirección de Prestaciones Médicas, IMSS.

GRÁFICA XII.7.**Referencias a segundo nivel de atención:
Impacto en los tiempos de espera**

(horas)



Fuente: Dirección de Planeación Estratégica Institucional, Dirección de Prestaciones Médicas, IMSS.

confirmación de su cita en segundo nivel de atención con un especialista.

Mejora de Urgencias/Triage

La iniciativa de Mejora de Urgencias/Triage tiene como objetivo principal mejorar la oportunidad de la atención médica de los pacientes en el servicio de Urgencias mediante la clasificación inmediata del nivel de gravedad en *triage* para priorizar su atención con base en la clasificación asignada y no por orden de llegada.

Esta iniciativa se compone de varios elementos, entre los que destacan:

- Valorar la condición del paciente de forma inmediata al llegar al servicio de Urgencias.
- Realizar la clasificación del nivel de gravedad (*triage*) en el tiempo y protocolo establecidos (8 minutos).
- Otorgar atención médica de acuerdo con el nivel de gravedad.
- Agilizar los trámites administrativos de registro y consulta de vigencia de derechos.
- Implementar un área de Observación intermedia para pacientes de corta estancia.
- Fortalecer la realización del pase de visita médico administrativo resolutorio al inicio de cada turno para hacer más oportuna la atención en el servicio.

Antes de la implementación, el tiempo de espera para recibir atención médica en Urgencias era de hasta 200 minutos. Con la implementación de la iniciativa, la clasificación de la gravedad de un paciente se realiza en un máximo de 8 minutos, lo que representa hasta 96% en reducción de tiempos de espera (gráfica XII.8).

En 2017 se concluyó la implementación en 154 hospitales de segundo nivel de atención y 12 Unidades de Médicas de Alta Especialidad (UMAE), con lo que se cubre alrededor de 56 millones de personas potencialmente beneficiadas.

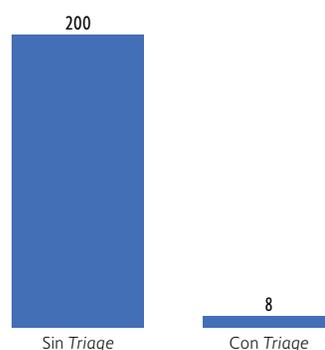
Gestión de Camas

La iniciativa de Gestión de Camas tiene por objetivo agilizar el proceso de ocupación y desocupación de las camas de hospitalización reduciendo el tiempo de espera que una cama permanece vacía. Antes de la implementación, el tiempo de espera promedio para la asignación de una cama era de 22 horas. A raíz de la implementación de la iniciativa de Gestión de Camas, este tiempo promedio disminuyó a 11.9 horas (gráfica XII.9). Durante 2018 el objetivo es continuar reduciendo el tiempo de asignación de cama.

Al cierre de 2017, el IMSS concluyó la implementación de esta iniciativa en 154 hospitales de segundo

GRÁFICA XII.8.**Urgencias/Triage:
Impacto en los tiempos de espera**

(minutos)

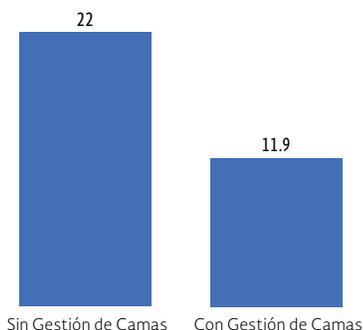


Fuente: Dirección de Planeación Estratégica Institucional, Dirección de Prestaciones Médicas, IMSS.

GRÁFICA XII.9.

Gestión de Camas: Impacto en el tiempo de cama vacía

(horas)



Fuente: Dirección de Planeación Estratégica Institucional, IMSS.

nivel y 25 UMAE, con lo que se beneficia potencialmente a alrededor de 56 millones de personas.

En una segunda fase y para reforzar la iniciativa, al cierre de 2017 se inició la implementación del Sistema Institucional de Optimización de Camas (SIOC) que permite visibilizar el estatus de las camas de las áreas de Hospitalización y de Urgencias, mejorando la gestión de la estancia del paciente y facilitando la medición de tiempos de espera. Durante 2017, el SIOC se implementó en 3 hospitales de segundo nivel y 1 UMAE, y durante 2018 se pretende llegar a una meta de 35 hospitales implementados, al menos 1 por delegación.

Código Infarto

La estrategia Código Infarto tiene como objetivo garantizar el diagnóstico y tratamiento de los pacientes que requieren atención médica de emergencia por infarto agudo al miocardio, recibir medicamento intravenoso en menos de 30 minutos y, en caso de ser necesario, ser intervenidos en una sala de hemodinamia en menos de 90 minutos.

A través de 15 redes de atención especializada, en 2017 el IMSS alcanzó una cobertura de 208 unidades médicas, de las cuales 11 son UMAE, 121 hospitales de segundo nivel y 76 UMF, y ha tenido como impacto una reducción de 58% en fatalidades. En 2018, el Insti-

tuto ampliará las redes de atención para incluir las 35 delegaciones y potencialmente beneficiar a alrededor de 56 millones de derechohabientes (gráfica XII.10).

Uso eficiente de quirófanos: Cirugías en fin de semana

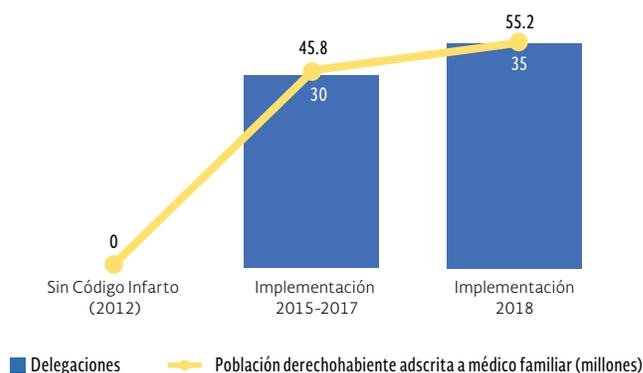
Esta iniciativa tiene por objetivo hacer un uso eficiente de los quirófanos para aprovechar aquellos que estén desocupados durante los fines de semana. Desde la puesta en marcha de esta medida, en abril de 2016 y hasta el cierre de 2017, la estrategia se ha implementado en 12 delegaciones, logrando una productividad superior a las 14 mil cirugías acumuladas (gráfica XII.11); a febrero de 2018 acumulan 15,320 cirugías, es decir, 157 cirugías en promedio cada fin de semana. Se planea una tercera fase de expansión en 2018 para cubrir un total de 15 delegaciones.

Abasto de medicamentos

Una de las estrategias puestas en marcha para mejorar el abasto de medicamentos es la compra consolidada anteriormente mencionada, cuyo propósito es concentrar los requerimientos de medicamentos de diversos actores del sector público para, a través de un mayor poder de negociación, obtener mejores precios y garantizar el abasto oportuno en beneficio de la población usuaria.

GRÁFICA XII.10.

Implementación de Código Infarto 2015-2018

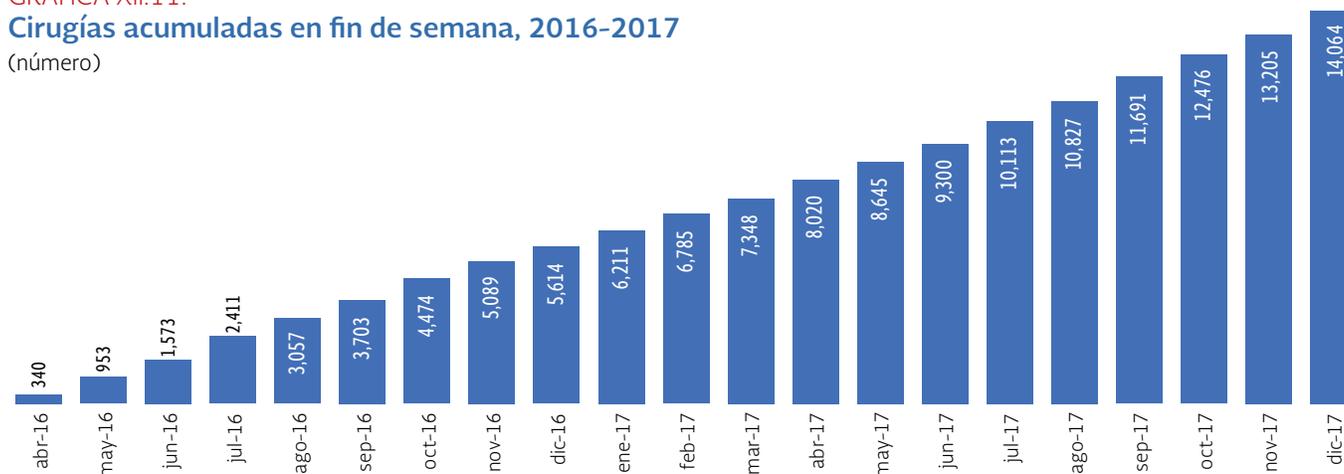


Fuente: Dirección de Prestaciones Médicas, IMSS.

GRÁFICA XII.11.

Cirugías acumuladas en fin de semana, 2016-2017

(número)



Fuente: Dirección de Prestaciones Médicas, IMSS.

Desde 2014 que inició la compra consolidada, el número de participantes se ha incrementado en 257%, al pasar de 14 en 2014 a 50 en 2018, cuya participación ha derivado en beneficios tangibles; por su parte, el total de piezas requeridas se incrementó en 69% desde 2014; los ahorros asociados a la compra consolidada suman 17,400 millones de pesos, de los cuales 10,500 millones corresponden solamente al IMSS.

De manera consistente, desde 2015 se ha incrementado tanto el índice de atención a recetas como el promedio de recetas atendidas mensualmente (gráfica XII.12). En 2017 el índice de atención promedio se ubicó por encima de la meta de 98%. Además, al cierre de 2017 se registra un máximo histórico en la atención de recetas, al llegar a un promedio de 17.1 millones de recetas atendidas mensualmente. Lo anterior demuestra la mejora en la capacidad de respuesta del Instituto frente a la creciente demanda de medicamentos.

Las medidas adoptadas para mejorar la compra y distribución de los medicamentos se ven reflejadas en un incremento de la atención de recetas surtidas, así como en una reducción de 93% de las quejas totales por falta de medicamento (comparación entre 2013 y 2017).

Ampliación y mejoramiento de la infraestructura médica y renovación del equipo médico

El auge del empleo formal que se ha registrado durante la presente Administración trae consigo mayores demandas por parte de los usuarios de servicios, lo que obliga no sólo a hacer un uso más eficiente de la capacidad instalada, sino además, ampliar y mejorar la infraestructura disponible.

El IMSS aprovechó los resultados positivos derivados de un manejo ordenado de sus finanzas e impulsó

GRÁFICA XII.12.

Promedio de recetas atendidas mensualmente, 2013-2018

(millones)



Fuente: Dirección de Administración, IMSS.

el más ambicioso plan de expansión, mejora y renovación de la infraestructura médica de las últimas décadas que, entre otras acciones, incluye la construcción de 12 nuevos hospitales y 40 Unidades de Medicina Familiar, así como la renovación de equipo médico especializado.

Las nuevas Unidades de Medicina Familiar implican un incremento de 20,000 consultas diarias en beneficio de 1.5 millones de derechohabientes. Por su parte, las nuevas unidades hospitalarias representan un incremento de 13% y 27% en cirugías y consulta de especialidades, respectivamente, en beneficio de 3.5 millones de personas.

Respecto a la inversión en equipamiento médico proyectada para 2018, destaca la compra de 12 aceleradores lineales por 1,200 millones de pesos, con el objetivo de renovar 46% de estos equipos en el Instituto. Este año también se invertirá en 10 resonadores magnéticos, la cantidad de 400 millones de pesos, lo que permitirá otorgar 70 mil estudios más que en 2017 (un aumento de 37%).

Adicionalmente, en línea con la estrategia de prevención del Instituto, se impulsó la creación de Clínicas de Mama, una infraestructura dedicada a la detección oportuna del cáncer de mama, destacando un modelo de seguimiento desde la sospecha hasta la confirmación.

Para el periodo 2017-2018 el IMSS impulsa la construcción de 9 Clínicas de Mama, que representan una inversión de 690 millones de pesos y tienen un impacto positivo en el tiempo de diagnóstico, al pasar de entre 3 y 6 meses a tan sólo 8 días; 2 de estas clínicas ya están en operación. Simultáneamente, se estarán invirtiendo 255 millones de pesos en 70 mastógrafos que serán distribuidos en todas las delegaciones del Instituto y permitirán otorgar hasta 100 mil estudios más al año.

Al cierre de la Administración, el IMSS habrá invertido 27,703 millones de pesos en obra pública y equipo médico que acerca la infraestructura del IMSS a las localidades que más lo requieren. Tan sólo en 2018 se invertirán 9,669 millones de pesos (gráfica XII.13), que representan un incremento de 88% con respecto al año anterior.

Nuevo Modelo Preventivo de Enfermedades Crónicas

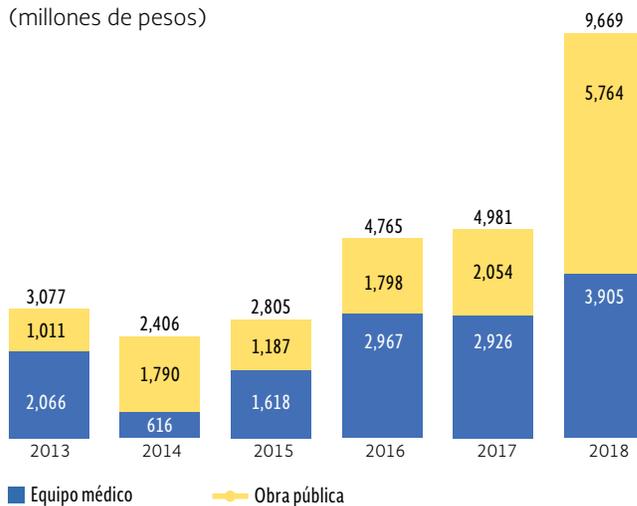
El IMSS, al igual que la mayoría de los sistemas de salud en el mundo, enfrenta el reto de las enfermedades crónicas no-transmisibles (ECNT). Este tipo de enfermedades y sus principales factores de riesgo son el producto de complejas interacciones entre el individuo y su entorno, entre las que destacan las transiciones económicas, demográficas y epidemiológicas.

En cuestión económica, los procesos de globalización, urbanización e industrialización marcaron nuevos patrones en el consumo de alimentos y en la realización de actividad física entre la población.

La urbanización trajo consigo modificaciones en el capital humano. Conforme fue creciendo la economía del país, se cambiaron las habilidades de la mano de obra, pasando de una economía enfocada en actividades agropecuarias, a una dirigida a la manufactura y a los servicios. La población migró del campo a la ciudad, disminuyendo la actividad física y fomentando el sedentarismo del personal laboral.

El proceso de industrialización y de libre comercio cambió la disponibilidad de alimentos, ocasionando una

GRÁFICA XII.13.
Inversión física, 2013-2018^{1/}
(millones de pesos)



^{1/} 2013-2017 cifras ejercidas, 2018 estimación de cierre Modelo Financiero de Corto Plazo.

Fuente: Dirección de Finanzas, IMSS.

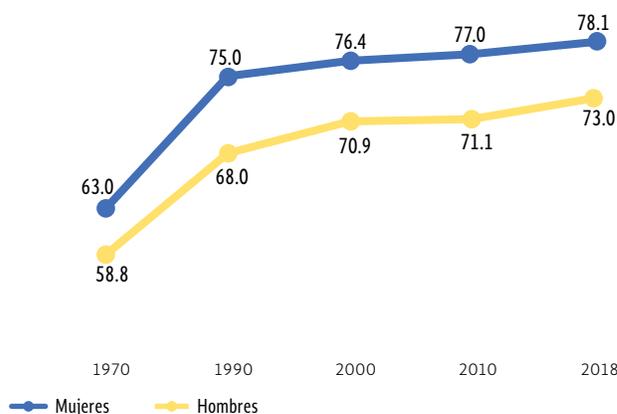
mayor oferta de alimentos procesados con bajo valor nutrimental. Esto derivó en nuevos patrones de consumo, con un alza en la demanda de estos alimentos procesados, que va de un consumo de 123 mil millones de dólares en este tipo de comestibles en el año 2011, a 222 mil millones de dólares en 2020 (gráfica XII.14).

En la cuestión demográfica, la estructura de la población por edad cambió ante el descenso de la fecundidad y el incremento en la esperanza de vida, la cual aumentó en 15.05 años para las mujeres y en 14.21 años para los hombres, desde 1970 hasta el año 2018 (gráfica XII.15). Ambos fenómenos demográficos fueron debido a la disminución de la mortalidad.

Los cambios en la estructura de la población se observan en que la base de la pirámide, la cual representa los primeros grupos de edad, es más estrecha con el tiempo, y la parte superior se amplía por el envejecimiento de la población (gráfica XII.16).

Si bien actualmente la población de México cuenta con una edad mediana de 27 años, la tendencia es hacia una población más envejecida. De 1970 a 2015 la población mayor de 60 años en México pasó de 2.7 millones a 12.4 millones, 5 veces más, y de acuerdo con información del Consejo Nacional de Población, se proyecta que

GRÁFICA XII.15.
Esperanza de vida al nacer, por sexo, 1970-2018
(años)



Fuente: INEGI, Indicadores Sociodemográficos de México (1930-2000) y CONAPO. Proyectos de población 2010-2050.

en 2050 represente un aumento 2.5 veces mayor, para alcanzar un total de 32.4 millones.

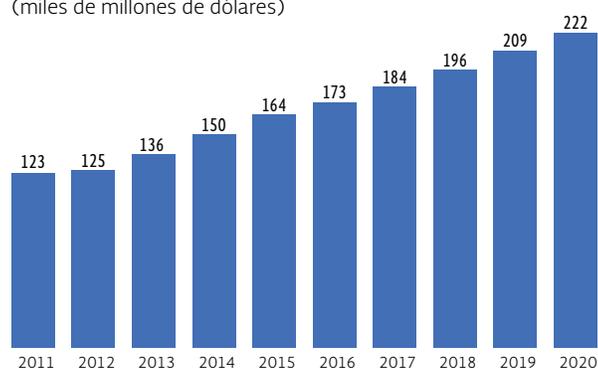
Es de destacar que la composición de la población derechohabiente adscrita a médico familiar ha cambiado en las últimas décadas. En 1991, la población de 65 años y más era de 6.5% y en 2017 fue de 12.5%; asimismo, la población de 0 a 4 años era de 10.9% y en 2017 fue de 6.6% (gráfica XII.17).

En cuestión epidemiológica, de 2012 a 2018 aumentó la tasa de prevalencia de la diabetes mellitus en 1.34%, mientras que el incremento de la prevalencia de la hipertensión para ese mismo periodo fue de 1.19% (gráfica XII.18).

En cuanto a la prevalencia de sobrepeso, esta tuvo una disminución de 0.5% de 2014 a 2017, mientras que la prevalencia de obesidad tiene una tendencia creciente, pasando de 35.8% a 37.6% en el mismo periodo (gráfica XII.19).

Las enfermedades crónicas no-transmisibles (ECNT) tienen importantes efectos negativos sobre la calidad de vida de quienes las padecen. Entre las complicaciones que causan se encuentran: la retinopatía diabética, la neuropatía periférica, insuficiencia renal, infarto al miocardio y accidente cerebrovascular, solo por mencionar algunos.

GRÁFICA XII.14.
Prospectiva del consumo de alimentos procesados en México, 2011-2020^{1/}
(miles de millones de dólares)



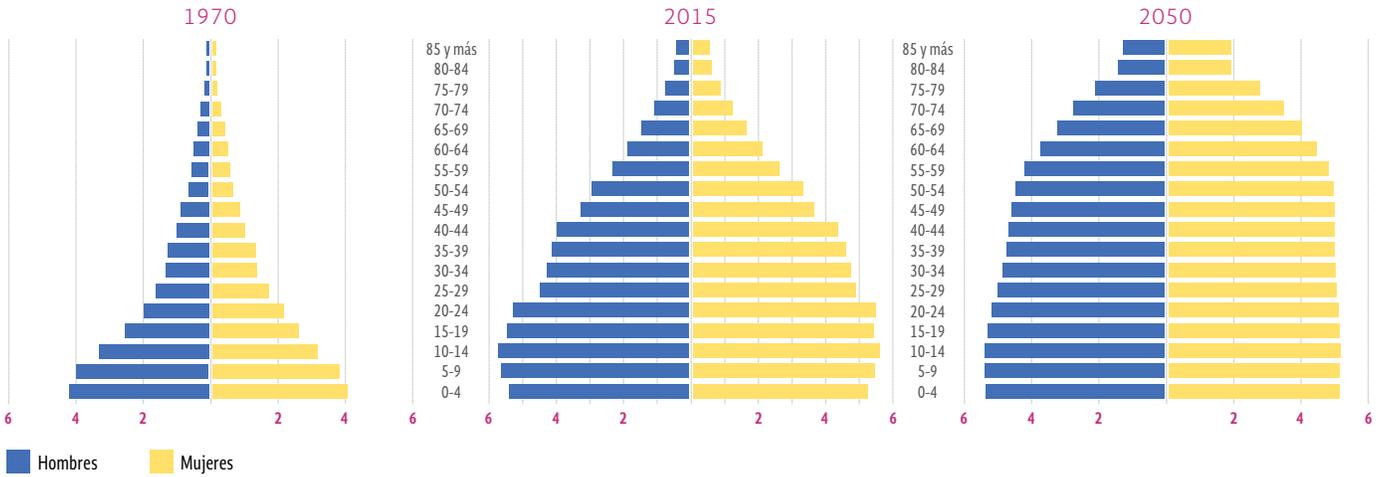
^{1/} 2012-2020 pronósticos.

Fuente: INEGI y Global Insight de acuerdo con "Alimentos procesados. Unidad de Inteligencia de Negocios" PROMÉXICO. Secretaría de Economía.

GRÁFICA XII.16.

Estructura de la población en México por edad y sexo

(millones de personas)

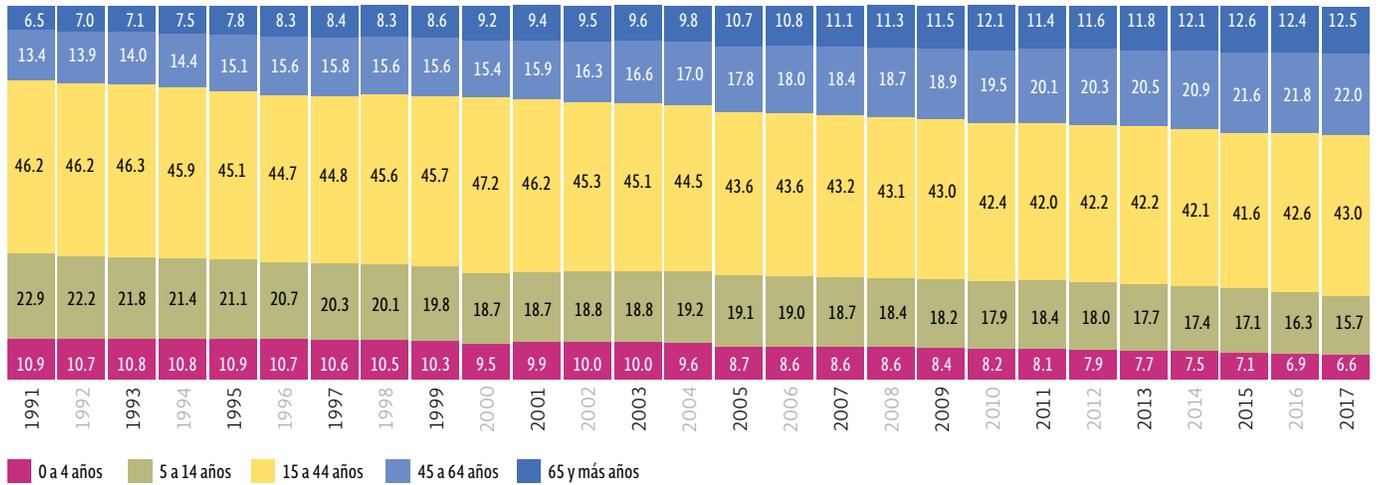


Fuente: INEGI, IX Censo de Población y Vivienda 1970 y Encuesta Intercensal 2015; Consejo Nacional de Población, Proyecciones de la Población 2010-2050.

GRÁFICA XII.17.

Composición de la población derechohabiente adscrita a médico familiar por grupo de edad, 1991-2017^{1/}

(porcentajes)



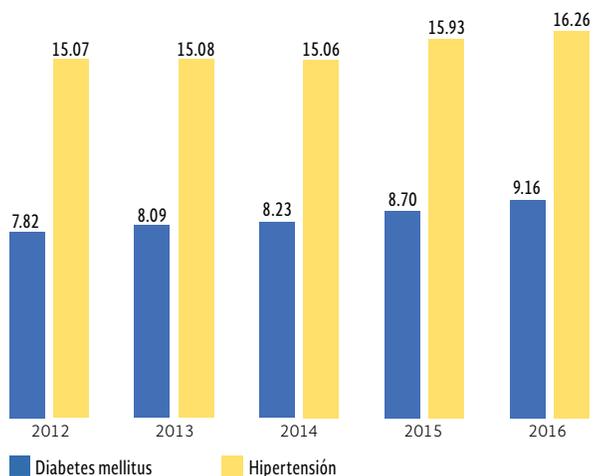
^{1/} De 1991 a 2010, las cifras corresponden al mes de junio de cada año. A partir de 2011, las cifras corresponden al 31 de diciembre de cada año.

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

GRÁFICA XII.18.

Prevalencia de diabetes mellitus e hipertensión, 2012-2016

(porcentajes)

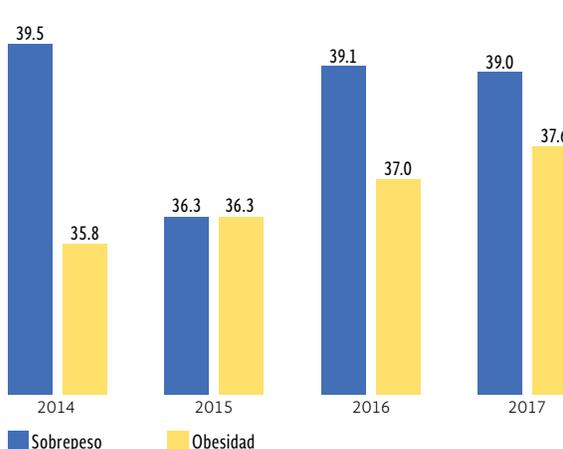


Fuente: IMSS. Infosalud "Censos", 2018.

GRÁFICA XII.19.

Prevalencia de sobrepeso y obesidad, 2014-2017^{1/}

(porcentajes)

^{1/} Cifras a noviembre de cada año.

Fuente: IMSS. Infosalud "Indicadores 2017, 2006-2015", 2018.

En 2016, las enfermedades del corazón y la diabetes mellitus ocuparon el primer y segundo lugar, respectivamente, de las principales causas de consulta de Medicina Familiar en el IMSS; en las consultas de Urgencias se colocaron en cuarto y noveno lugar, y en las consultas de Especialidades, en el quinto y el séptimo.

Este tipo de padecimientos disminuyen la productividad laboral. La importancia de este fenómeno a nivel nacional y particularmente importante para el IMSS radica en que también se absorben los gastos relacionados con el pago de incapacidades por discapacidad y muerte que ocasionan.

La transición epidemiológica de la población derechohabiente obliga a replantear el modelo de atención del IMSS. Cuando el IMSS se creó, se estableció un modelo curativo que se enfocaba en la atención de enfermedades infecciosas, las cuales se atendían en el entorno hospitalario, con uso de fármacos, y se requería poco involucramiento del paciente y su familia.

Por lo contrario, las enfermedades crónicas no transmisibles se relacionan con causas multifactoriales, entre las que destacan: los estilos de vida, la genética de la población, el medio ambiente, y las ca-

pacidades del sistema de atención a la salud. Además, el control de este tipo de enfermedades requiere de la participación activa multifacética entre los pacientes, sus familias y en el caso del IMSS, la participación de los patrones.

En 2017, el IMSS se propuso tomar medidas más enérgicas para afrontar las enfermedades crónicas no transmisibles a través de un nuevo Modelo Preventivo de Enfermedades Crónicas, que busca reorientar los servicios para que la interacción con los derechohabientes sea una oportunidad para prevenir dichas enfermedades.

La prevención es la medicina del futuro, permite detectar oportunamente el desarrollo de una enfermedad y mejorar la calidad de vida de los derechohabientes, aumentando su productividad. Este modelo se alinea con el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018, en la meta nacional de un México Incluyente: "asegurar el acceso a los servicios de salud y hacer de las acciones de protección, prevención y promoción un eje prioritario para el mejoramiento de la salud".

El nuevo modelo tiene 2 objetivos generales: i) reorientar los servicios de salud para prevenir enfermedades crónicas y cáncer de mayor impacto, estra-

tificando a la población por sus factores de riesgo y enfocando la atención con base en la estratificación, y ii) detectar con oportunidad, minimizar y controlar el impacto de las enfermedades crónicas y cáncer en la población que ya las padece.

Para lograr estos objetivos se implementó el piloto en Nuevo León, derivado de lo cual entre junio y agosto de 2017 se capacitó de forma presencial a 6,336 trabajadores y, en línea, a 1,205 médicos familiares y generales de las 52 UMF participantes; en los 7 Centros de Seguridad Social fueron 138 trabajadores capacitados y se formó a 955 trabajadores como monitores.

Adicionalmente y para involucrar a los patrones, en junio de 2017, el IMSS firmó un convenio de colaboración con 7 grupos empresariales, con el objetivo de conjuntar los esfuerzos entre el Instituto y las empresas para promover el uso de la herramienta CHKT en Línea, las visitas de revisión de salud de los trabajadores y sus consultas de seguimiento.

Con las acciones emprendidas basadas en la atención oportuna para prevenir que la enfermedad crónica se desarrolle, y en la detección y manejo del impacto de la enfermedad cuando se presente, se contempla la consolidación del Modelo Preventivo en la Delegación Nuevo León, durante 2018.

Calidez en la prestación de los servicios

Programa “SER IMSS”

El Programa SER IMSS busca transformar la cultura de servicio, mejorar el clima laboral y fortalecer el buen trato hacia los usuarios de los servicios IMSS. Este programa tiene como meta capacitar a todo el personal que labora en el Instituto en protocolos que establecen los pasos a seguir en el trato con el derechohabiente, así como las conductas esperadas y las guías de respuesta ante determinadas circunstancias.

Para 2018, el IMSS se propuso capacitar 70 mil personas en 400 unidades, incluyendo todas las delegaciones, Unidades Médicas de Alta Especialidad y oficinas centrales. Desde el inicio del programa, en mayo de 2016 a diciembre de 2017, se han capacitado 207,294 personas. Con las unidades capacitadas en 2016, 2017 y las proyectadas para 2018 se estima que habrá un impacto positivo en los servicios que se brindan a 73% de la población adscrita a médico familiar.

Encuesta de Satisfacción del Usuario de Servicios Médicos (ENSAT)

Con el objetivo de evaluar la calidad de los diversos servicios que brinda el Instituto a sus derechohabientes e identificar acciones de mejora en los mismos, desde 2009 se realiza un levantamiento de la Encuesta de Satisfacción del Usuario de Servicios Médicos (ENSAT).

Las estrategias implementadas a lo largo de esta Administración han tenido un impacto positivo en la percepción de los usuarios de los servicios del IMSS. En su primera medición en 2012, la satisfacción de los usuarios estaba en 77% y a raíz de las acciones emprendidas, el Instituto ha logrado un desempeño histórico en el indicador de satisfacción, al ubicarse en 85% de acuerdo con su última medición de 2017 (gráfica XII.20).

Durante 2018 se continuará monitoreando la calidad de los servicios médicos del Instituto a través de la ENSAT, mediante la realización de 3 mediciones a lo largo del año, a fin de contar con información oportuna que facilite la toma de decisiones.

XII.4. Consideraciones Finales

Las acciones emprendidas hasta el momento han permitido darle la vuelta a la crítica situación financiera que se tenía a finales de 2012, cuando se hizo necesario hacer uso de las reservas institucionales para garantizar la operación del Instituto.

GRÁFICA XII.20.

Derechohabientes muy satisfechos o satisfechos, 2009-2017

(porcentajes)



Fuente: Encuesta Nacional de Satisfacción de Usuarios de Servicios Médicos del IMSS (ENSAT). Dirección de Planeación Estratégica Institucional, IMSS.

En 2017, por segundo año consecutivo, las finanzas del IMSS son más sólidas, pues registran superávit superior a los 9,700 millones de pesos reales que, manteniendo la disciplina presupuestal, amplían el horizonte de vida del Instituto hasta el año 2030.

Por otra parte, en septiembre de 2017 el Honorable Consejo Técnico del IMSS autorizó las Políticas y Directrices para la Sustentabilidad del Instituto, a fin de que el crecimiento del gasto en cada ejercicio fiscal no exceda al aumento nominal que se proyecte en los ingresos corrientes, lo que permitirá preservar el equilibrio financiero para ampliar la viabilidad futura del IMSS.

Actualmente, el IMSS es más robusto por el saneamiento financiero registrado, más moderno con las obras de infraestructura y equipamiento que se llevan a

cabo y la digitalización de los trámites y servicios, y con un rumbo claro, teniendo presente que el centro y razón de ser lo constituyen nuestros derechohabientes.

Ante ello, el Instituto continuará impulsando las iniciativas que han incidido positivamente en la mejora de la atención, ampliando IMSS Digital para facilitar, aún más, la realización de trámites y servicios, y mejorando sus instalaciones y equipo médico para otorgar servicios de calidad y con calidez, a fin de consolidar los resultados hasta hoy obtenidos. Aún queda un largo camino por recorrer, pues la solidez financiera deberá traducirse en más y mejores servicios para los derechohabientes, y para ello, se cuenta con el apoyo de los sectores obrero, patronal y gubernamental, y de los 430 mil trabajadores que conforman esta gran institución.



Índice de cuadros

Capítulo I

Cuadro I.1.	Estado de actividades dictaminado al 31 de diciembre de 2017 y 2016.....	11
Cuadro I.2.	Estado de actividades dictaminado al 31 de diciembre de 2017 y 2016, con el registro total del costo neto del periodo del Régimen de Jubilaciones y Pensiones.....	13
Cuadro I.3.	Estado de situación financiera dictaminado al 31 de diciembre de 2017 y 2016.....	15
Cuadro I.4.	Estado de situación financiera dictaminado al 31 de diciembre de 2017 y 2016 con el registro total del costo neto del periodo del Régimen de Jubilaciones y Pensiones.....	16
Cuadro I.5.	Supuestos de proyecciones financieras de corto plazo, 2001-2026.....	23
Cuadro I.6.	Flujo de efectivo: cierre 2017, presupuesto 2018 y proyecciones de cierre 2018-2026.....	24
Cuadro I.7.	Principales supuestos en las proyecciones de flujo de efectivo, 2027-2050....	26
Cuadro I.8.	Presupuesto 2018 y proyecciones de flujo de efectivo 2018-2050.....	28
Cuadro I.9.	Estimación del valor presente del superávit o déficit de los seguros, acumulado y su relación con el Producto Interno Bruto.....	29

Capítulo II

Cuadro II.1.	Asegurados en el IMSS, 2016-2017.....	42
Cuadro II.2.	Salario diario de asegurados trabajadores por tamaño de registro patronal, 2008-2017.....	51
Cuadro II.3.	Salario diario de asegurados trabajadores por sector económico, 2016-2017.....	52
Cuadro II.4.	Población derechohabiente del IMSS, sin IMSS-PROSPERA, 2017.....	56

Capítulo III

Cuadro III.1.	Prestaciones del Seguro de Riesgos de Trabajo.....	64
---------------	--	----

Cuadro III.2.	Distribución de las prestaciones del Seguro de Riesgos de Trabajo 2017	66
Cuadro III.3.	Estado de actividades del Seguro de Riesgos de Trabajo, al 31 de diciembre de 2017	72
Cuadro III.4.	Supuestos del escenario base y de los escenarios de riesgo 1 y de riesgo 2 para un periodo de 100 años	73
Cuadro III.5.	Resumen de las proyecciones financieras de la valuación actuarial del Seguro de Riesgos de Trabajo para el periodo de 2018-2117	75
Cuadro III.6.	Balance actuarial a 100 años del Seguro de Riesgos de Trabajo, al 31 de diciembre de 2017	76
Cuadro III.7.	Resultados del escenario base y de los escenarios de sensibilidad de la valuación actuarial del Seguro de Riesgos de Trabajo	77

Capítulo IV

Cuadro IV.1.	Prestaciones del Seguro de Invalidez y Vida	84
Cuadro IV.2.	Distribución de las prestaciones del Seguro de Invalidez y Vida, 2017	86
Cuadro IV.3.	Estado de actividades del Seguro de Invalidez y Vida, al 31 de diciembre de 2017	91
Cuadro IV.4.	Supuestos del escenario base y de los escenarios de riesgo 1 y de riesgo 2 para un periodo de 100 años	92
Cuadro IV.5.	Resumen de las proyecciones financieras de la valuación actuarial del Seguro de Invalidez y Vida.....	94
Cuadro IV.6.	Balance actuarial a 100 años del Seguro de Invalidez y Vida, al 31 de diciembre de 2017	95
Cuadro IV.7.	Resultados del escenario base y de los escenarios de sensibilidad de la valuación actuarial del Seguro de Invalidez y Vida para el periodo 2018-2117	96

Capítulo V

Cuadro V.1.	Prestaciones del Seguro de Enfermedades y Maternidad.....	102
Cuadro V.2.	Estado de actividades del Seguro de Enfermedades y Maternidad, al 31 de diciembre de 2017	104
Cuadro V.3.	Comparación de indicadores de producción, productividad y desempeño de los Servicios médicos, 2009-2012 vs. 2013-2017	105
Cuadro V.4.	Productividad del programa para abatir el diferimiento en cirugía de Traumatología y Ortopedia, 2017.....	106
Cuadro V.5.	10 principales motivos de Consulta Externa (Medicina Familiar, Especialidades y Dental) en el IMSS, 2017	113
Cuadro V.6.	10 principales motivos de consultas de Urgencias en el IMSS, 2017.....	113

Cuadro V.7.	10 principales motivos de egresos hospitalarios en camas censables en el IMSS, 2017	114
Cuadro V.8.	Población y dosis por tipo de vacunas aplicadas en 2017	115
Cuadro V.9.	Comportamiento de la emisión de Receta Resurtible en el primer nivel.....	120
Cuadro V.10.	Productividad de los Encuentros Médico-Quirúrgicos en 2017	123
Cuadro V.11.	Productividad de los Encuentros Médico-Quirúrgicos en apoyo a IMSS-PROSPERA, 2013-2017.....	123
Cuadro V.12.	Total de atenciones por emergencia obstétrica otorgadas en el IMSS.....	125
Cuadro V.13.	Gasto médico en 2017 de 6 enfermedades crónico-degenerativas de alto impacto financiero	127
Cuadro V.14.	Comportamiento de Módulos DiabetIMSS.....	135
Cuadro V.15.	Tasas de mortalidad por cáncer según tipo y sexo en derechohabientes de 20 años y más, 2017	137
Cuadro V.16.	Tasas de mortalidad por cáncer según tipo y sexo en derechohabientes menores de 20 años, 2017	137
Cuadro V.17.	Número de mastografías de tamizaje, según grupo de edad, 2015-2017	137
Cuadro V.18.	Número de atenciones en el Centro de Referencia Estatal para la Atención del Niño en Baja California Sur, Chiapas y Nayarit, 2017	138

Capítulo VI

Cuadro VI.1.	Prestaciones del Seguro de Guarderías y Prestaciones Sociales	146
Cuadro VI.2.	Estado de actividades del Seguro de Guarderías y Prestaciones Sociales, al 31 de diciembre de 2017	147
Cuadro VI.3.	Estadísticas del servicio de guarderías del IMSS por delegación, a diciembre de 2017	150
Cuadro VI.4.	Situación financiera del Ramo de Guarderías, 2012-2017	151
Cuadro VI.5.	Situación financiera consolidada de los 4 Centros Vacacionales, 2012-2017	159
Cuadro VI.6.	Resultado financiero de cada Centro Vacacional en 2017	161
Cuadro VI.7.	Resumen del resultado financiero de los Centros Vacacionales 2017 y proyección 2018-2023	161
Cuadro VI.8.	Estado de Resultados del Sistema Nacional de Tiendas IMSS-SNTSS.....	163

Capítulo VII

Cuadro VII.1.	Estado de actividades del Seguro de Salud para la Familia, al 31 de diciembre de 2017	167
---------------	---	-----

Capítulo VIII

Cuadro VIII.1.	Infraestructura del Programa IMSS-PROSPERA, 2017	172
Cuadro VIII.2.	Asistencia médica ambulatoria y hospitalaria, 2017	172
Cuadro VIII.3.	Indicadores del Programa IMSS-PROSPERA, 2017.....	173
Cuadro VIII.4.	Presupuesto original, 2017	173
Cuadro VIII.5.	Presupuesto ejercido, 2013-2017	174
Cuadro VIII.6.	Monto estimado por daños de los sismos de septiembre de 2017	174
Cuadro VIII.7.	Componente Salud PROSPERA Programa de Inclusión Social.....	176
Cuadro VIII.8.	Indicadores de salud y de nutrición (ámbito rural), 2017	177
Cuadro VIII.9.	Indicadores de salud y de nutrición (ámbito urbano), 2017	177
Cuadro VIII.10.	Ampliación o sustitución de Unidades Médicas Rurales y albergues comunitarios financiados con recursos municipales, 2017	178
Cuadro VIII.11.	Acciones de la Red Comunitaria en apoyo a la planificación familiar	184
Cuadro VIII.12.	Acciones de la Red Comunitaria en apoyo a la salud materna, de la mujer y del niño.....	184
Cuadro VIII.13.	Número de pacientes referidas por Acuerdo 126, 2006-2017.....	184
Cuadro VIII.14.	Logros de la vacunación contra el virus del papiloma humano durante las Semanas Nacionales de Salud (SENAS), 2015-2017	185
Cuadro VIII.15.	Atención al embarazo adolescente, 2017	185

Capítulo IX

Cuadro IX.1.	Propósitos de las reservas y Fondo Laboral.....	191
Cuadro IX.2.	Límites por régimen de inversión de las reservas y Subcuenta 2 del Fondo Laboral.....	192
Cuadro IX.3.	Posición de las reservas y Fondo Laboral.....	193
Cuadro IX.4.	Aportaciones, intereses y usos de las reservas y Fondo Laboral.....	194
Cuadro IX.5.	Asignación estratégica de activos 2017 por clase y subclase.....	195
Cuadro IX.6.	Cuentas y recursos administrados por las Afore.....	197
Cuadro IX.7.	Productos financieros por reserva y Fondo Laboral, 2016-2017	198
Cuadro IX.8.	Valor en riesgo de mercado y de crédito al cierre de 2017	199

Capítulo X

Cuadro X.1.	Principales resultados del pasivo laboral del IMSS en su carácter de patrón, al 31 de diciembre de 2017 conforme a la Norma de Información Financiera D-3	203
Cuadro X.2.	Beneficios por prima de antigüedad e indemnizaciones valuados conforme a la Norma de Información Financiera D-3 “Beneficios a los Empleados”	204

Cuadro X.3.	Principales resultados de la valuación actuarial de la prima de antigüedad e indemnizaciones, al 31 de diciembre de 2017, conforme a la Norma de Información Financiera D-3	204
Cuadro X.4.	Proyección 2018-2060 de bajas de trabajadores IMSS que recibirán pagos por prima de antigüedad e indemnizaciones	205
Cuadro X.5.	Población de jubilados y pensionados del IMSS considerada en la valuación actuarial del Régimen de Jubilaciones y Pensiones al 31 de diciembre de 2017	209
Cuadro X.6.	Principales resultados de la valuación actuarial del Régimen de Jubilaciones y Pensiones, al 31 de diciembre de 2017, conforme a la Norma de Información Financiera D-3	209
Cuadro X.7.	Proyección 2018-2095 de jubilados y pensionados del IMSS	211
Cuadro X.8.	Valor presente de obligaciones totales al 31 de diciembre de 2017, por el Régimen de Jubilaciones y Pensiones	212
Cuadro X.9.	Jubilados y pensionados del Programa IMSS-PROSPERA considerados en la valuación actuarial del Régimen de Jubilaciones y Pensiones al 31 de diciembre de 2017	213
Cuadro X.10.	Proyecciones 2018-2095 de jubilados y pensionados del Programa IMSS-PROSPERA	214
Cuadro X.11.	Saldo acumulado en la Subcuenta 2 del Fondo Laboral, al 31 de diciembre de 2017	215
Cuadro X.12.	Contribuciones y requisitos establecidos para poder otorgar a los trabajadores que se contrataron bajo el Convenio de 2005 los beneficios de una jubilación por años de servicio o una pensión por cesantía en edad avanzada.....	216
Cuadro X.13.	Balance actuarial de la Subcuenta 2 del Fondo Laboral al 31 de diciembre de 2017, descontadas las obligaciones de la seguridad social	217
Cuadro X.14.	Presupuesto ejercido en juicios.....	219

Capítulo XI

Cuadro XI.1.	Participantes en las compras consolidadas 2013-2017	228
Cuadro XI.2.	Compra consolidada.....	229
Cuadro XI.3.	Programa de vales de medicamentos	230
Cuadro XI.4.	Importe por delegación para la contratación plurianual del Servicio Integral de Rehabilitación Pediátrica	231
Cuadro XI.5.	Obras médicas nuevas concluidas	234
Cuadro XI.6.	Obras médicas de ampliación y/o remodelación concluidas.....	235
Cuadro XI.7.	Obras médicas en proceso constructivo	236

Cuadro XI.8.	Unidades Médicas Familiares en planeación.....	237
Cuadro XI.9.	Proyectos de Asociaciones Público Privadas.....	239
Cuadro XI.10.	Clasificación de categoría.....	240
Cuadro XI.11.	Infraestructura médica por nivel de atención y tipo de unidad, 2016-2017.....	243
Cuadro XI.12.	Unidades médicas de tercer nivel y unidades complementarias, 2017.....	244
Cuadro XI.13.	Unidades médicas por región, delegación, nivel de atención y tipo de unidad, 2017.....	245
Cuadro XI.14.	Unidades médicas del Programa IMSS-PROSPERA por región, delegación, nivel de atención y tipo de unidad, 2017.....	247
Cuadro XI.15.	Unidades no médicas propiedad del IMSS y rentadas por tipo de función.....	248
Cuadro XI.16.	Delegaciones que reportaron mayores daños por los sismos de septiembre de 2017.....	249
Cuadro XI.17.	Inversión Física Programa de Emergencia 2018.....	251
Cuadro XI.18.	Número de bienes clasificados por categoría funcional del Régimen Ordinario e IMSS-PROSPERA, al cierre de 2017.....	252
Cuadro XI.19.	Equipo médico adquirido en 2017 por categoría funcional del Régimen Ordinario e IMSS-PROSPERA.....	252
Cuadro XI.20.	Promedio de consultas diarias de vigencia de derechos.....	259
 Capítulo XII		
Cuadro XII.1.	Acciones asociadas al control eficiente del gasto.....	268
Cuadro XII.2.	Número de trámites patronales realizados desde su digitalización, 2013-2017.....	270
Cuadro XII.3.	Trámites realizados a través del Escritorio Virtual, 2013-2017.....	270



Índice de gráficas

Capítulo I

Gráfica I.1.	Estructura de la población en México por edad y sexo.....	6
Gráfica I.2.	Composición de la población derechohabiente adscrita a médico familiar por grupo de edad, 1991-2017	7
Gráfica I.3.	Crecimiento de consulta externa de Medicina Familiar por grupo de edad, 1986-2017	7
Gráfica I.4.	Defunciones por grupo de edad en el IMSS, 1976-2017	8
Gráfica I.5.	Defunciones por causas seleccionadas, 1976-2017	8
Gráfica I.6.	Producto Interno Bruto real y trabajadores asegurados afiliados al IMSS, 1998-2017	9
Gráfica I.7.	Balance de operación	17
Gráfica I.8.	Participación en el gasto total, años 2000, 2006, 2012 y 2017.....	19
Gráfica I.9.	Pasivos al final de cada ejercicio	21
Gráfica I.10.	Uso de reservas y Fondo Laboral, y Proyecciones 2018-2026	25
Gráfica I.11.	Suficiencia Financiera del IMSS, Informes al Ejecutivo y al Congreso de 2011 a 2018.....	26
Gráfica I.12.	Valor presente del déficit global acumulado del IMSS, Informes al Ejecutivo y al Congreso de 2012 a 2018	29

Capítulo II

Gráfica II.1.	Ingreso obrero-patronal del IMSS real (incluye IMSS-Patrón) y meta de la Ley de Ingresos de la Federación, 2012-2017	32
Gráfica II.2.	Variación en ingreso obrero-patronal del IMSS (incluye IMSS-Patrón) en los primeros 5 años de la actual y anteriores Administraciones.....	33
Gráfica II.3.	Producto Interno Bruto real y puestos de trabajo en el IMSS, 1997-2017	33
Gráfica II.4.	Elasticidad entre los puestos de trabajo en el IMSS y el Producto Interno Bruto real, 2007-2017.....	34

Gráfica II.5.	Creación de puestos de trabajo en el IMSS en los primeros 5 años y 5 meses de la actual y anteriores Administraciones.....	34
Gráfica II.6.	Distribución de los puestos de trabajo en el IMSS por sector o actividad económico(a), 2017	34
Gráfica II.7.	Distribución de los puestos de trabajo registrados en el IMSS por tamaño de empresa, 2017	35
Gráfica II.8.	Distribución de los puestos de trabajo en el IMSS por región geográfica, 2017	35
Gráfica II.9.	Ingresos por fiscalización y cobranza, real y nominal, 2012-2017	39
Gráfica II.10.	Estímulo al ingreso por delegación de adscripción al IMSS, 2015-2018	41
Gráfica II.11.	Creación de puestos de trabajo en el IMSS, 1997-2017	43
Gráfica II.12.	Estructura de puestos de trabajo permanentes y eventuales, 2008-2017	44
Gráfica II.13.	Brecha salarial entre puestos permanentes y eventuales, 2008-2017	45
Gráfica II.14.	Participación en la creación de puestos de trabajo por región, 2012-2017	45
Gráfica II.15.	Variación anual de puestos de trabajo por entidad, 2016-2017	46
Gráfica II.16.	Participación en la creación de puestos de trabajo por sector económico, 2012-2017	46
Gráfica II.17.	Distribución de puestos de trabajo por tamaño de registro patronal, 2008-2017	47
Gráfica II.18.	Afiliación de registros patronales en el IMSS, 1997-2017	47
Gráfica II.19.	Afiliación de registros patronales en el IMSS en los primeros 5 años y 5 meses de la actual y anteriores Administraciones.....	47
Gráfica II.20.	Salario diario de asegurados trabajadores, 2008-2017	49
Gráfica II.21.	Variación de puestos de trabajo por rango salarial	49
Gráfica II.22.	Distribución salarial de asegurados trabajadores en número de veces la UMA y tamaño de empresa, 2017	50
Gráfica II.23.	Distribución de puestos de trabajo por rango salarial en número de veces el salario de referencia y sector económico, 2017	51
Gráfica II.24.	Salario por región en pesos de 2017 y número de veces el salario de referencia, 2008-2017	52
Gráfica II.25.	Variación anual del salario real de asegurados trabajadores por entidad, 2017	53
Gráfica II.26.	Afiliaciones al IMSS en modalidad 32, Seguro Facultativo, 2000-2017	54

Gráfica II.27.	Poder adquisitivo de la aportación anual por estudiante, 1989-2017	55
Gráfica II.28.	Pensionados, 2008-2017	56
Gráfica II.29.	Población derechohabiente y adscrita al IMSS, sin IMSS-PROSPERA, 2008-2017	57
Gráfica II.30.	Estimación de la cifra de derechohabientes, adscritos y asociados a personas, 2017	58
Gráfica II.31.	Población en el país, derechohabiente y adscrita, 2008-2017	59

Capítulo III

Gráfica III.1.	Eventos que generan prestaciones en dinero en el Seguro de Riesgos de Trabajo.....	65
Gráfica III.2.	Certificados y días de incapacidad del Seguro de Riesgos de Trabajo, 2006-2017	67
Gráfica III.3.	Gasto en subsidios por riesgos de trabajo, 2006-2017	68
Gráfica III.4.	Pensiones provisionales vigentes y gasto, 2006-2017	69
Gráfica III.5.	Pensiones definitivas vigentes y gasto en el Seguro de Riesgos de Trabajo por la Ley de 1973, 2006-2017	70
Gráfica III.6.	Rentas vitalicias y sumas aseguradas del Seguro de Riesgos de Trabajo, 2006-2017	71
Gráfica III.7.	Indemnizaciones globales y gasto erogado, 2006-2017	71

Capítulo IV

Gráfica IV.1.	Eventos que generan prestaciones en dinero en el Seguro de Invalidez y Vida.....	85
Gráfica IV.2.	Certificados y días de incapacidad por enfermedad general, 2006-2017.....	87
Gráfica IV.3.	Gasto en subsidios por enfermedad general, 2006-2017.....	88
Gráfica IV.4.	Pensiones temporales vigentes y gasto, 2006-2017	89
Gráfica IV.5.	Pensiones de invalidez definitivas vigentes y gasto por Ley del Seguro Social de 1973, 2006-2017	90
Gráfica IV.6.	Rentas vitalicias y sumas aseguradas del Seguro de Invalidez y Vida, 2006-2017	90
Gráfica IV.7.	Modelo de Solicitud de Pensión	97
Gráfica IV.8.	Casos de Registro Federal de Contribuyentes válidos e inválidos, 2013-2017	98
Gráfica IV.9.	Importe retenido por Impuesto sobre la Renta, 2013-2017	99
Gráfica IV.10.	Fallecimientos de pensionados por año, 2014-2017.....	99

Capítulo V

Gráfica V.1.	Cierre 2018 y proyección 2019-2050 de ingresos, gastos y resultado del Seguro de Enfermedades y Maternidad	108
Gráfica V.2.	Prima de reparto, de contribución y media nivelada del Seguro de Enfermedades y Maternidad, 2018-2050.....	109
Gráfica V.3.	Cierre 2018 y proyección 2019-2050 de ingresos, gastos y resultado del Seguro de Enfermedades y Maternidad, cobertura de asegurados.....	109
Gráfica V.4.	Prima de reparto, de contribución y media nivelada del Seguro de Enfermedades y Maternidad-Asegurados, 2018-2050.....	111
Gráfica V.5.	Cierre 2018 y proyección 2019-2050 de ingresos, gastos y resultado de la cobertura de Gastos Médicos de Pensionados	111
Gráfica V.6.	Prima de reparto, de contribución y media nivelada de la cobertura de Gastos Médicos de Pensionados del Seguro de Enfermedades y Maternidad, 2018-2050	112
Gráfica V.7.	Principales problemas de salud, según Años de Vida Saludable Perdidos por Muerte Prematura y por Discapacidad en derechohabientes del IMSS, 2010	112
Gráfica V.8.	Número de derechohabientes que recibieron revisión anual PREVENIMSS, 2006-2017	116
Gráfica V.9.	Tendencia de obesidad en niños, 2006-2017	117
Gráfica V.10.	Productividad en Unidades Médicas de Atención Ambulatoria, comparativo 2016-2017.....	122
Gráfica V.11.	Razón de muerte materna, 2005-2017	126
Gráfica V.12.	Tendencia de la mortalidad perinatal en el IMSS	126
Gráfica V.13.	Número de pacientes atendidos por hipertensión arterial y diabetes mellitus en el IMSS	128
Gráfica V.14.	Número de detecciones de enfermedades crónicas no transmisibles, 2006-2017	130
Gráfica V.15.	Tendencias de mortalidad por diabetes mellitus y enfermedades cardiovasculares, en derechohabientes y no derechohabientes del IMSS, 1998-2016	131
Gráfica V.16.	Tendencias de mortalidad por cáncer cérvico-uterino y cáncer de mama, en derechohabientes y no derechohabientes del IMSS, 1998-2016	131
Gráfica V.17.	Tendencias de mortalidad por SIDA, en derechohabientes y no derechohabientes del IMSS, 1998-2016	132
Gráfica V.18.	Implementación del Código Infarto.....	134

Gráfica V.19.	Número de defunciones y tasa de mortalidad por tumores malignos, IMSS, 2005-2017	136
Gráfica V.20.	Defunciones y tasa de mortalidad por tumores malignos en menores de 20 años.....	136
Gráfica V.21.	Incremento en trasplantes en el IMSS, 2012-2017	139
Gráfica V.22.	Cursos de educación continua y número de asistentes, 2012-2017	140
Gráfica V.23.	Número de alumnos inscritos en cursos a distancia, 2013-2017	140

Capítulo VI

Gráfica VI.1.	Cierre 2018 y proyección 2019-2050 de ingresos, gastos y resultado financiero del Seguro de Guarderías y Prestaciones Sociales	148
Gráfica VI.2.	Prima de reparto, de contribución y media nivelada del Seguro de Guarderías y Prestaciones Sociales, 2018-2050.....	148
Gráfica VI.3.	Tasas de participación laboral por sexo, 1970-2017	149
Gráfica VI.4.	Población usuaria anual de los Centros Vacacionales, 2006-2017.....	158

Capítulo VII

Gráfica VII.1.	Afiliados al Seguro de Salud para la Familia, a diciembre de cada año, 2007-2017	166
Gráfica VII.2.	Pirámides de población aliada al Seguro de Salud para la Familia y al Seguro de Enfermedades y Maternidad, en 2017	168
Gráfica VII.3.	Ingreso por cuotas anuales, por asegurado, del Seguro de Salud para la Familia, 2010-2017	169
Gráfica VII.4.	Ingresos por cuotas del Seguro de Salud para la Familia, con y sin reforma al Artículo 242 de la Ley del Seguro Social, 2014-2017	169
Gráfica VII.5.	Cuotas del Seguro de Salud para la Familia, de 2014 a 2018, y gasto por asegurado de acuerdo con el sexo, 2018.....	170

Capítulo VIII

Gráfica VIII.1.	Inversión física, 2013-2017	174
Gráfica VIII.2.	Presupuesto 2013-2017	175
Gráfica VIII.3.	Infraestructura financiada con recursos de la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas, 2014-2017.....	178
Gráfica VIII.4.	Consultas otorgadas por año a migrantes, 2013-2017	179
Gráfica VIII.5.	Prevalencia (%) de la desnutrición global, ámbito rural, 2009-2017	180
Gráfica VIII.6.	Prevalencias de anemia en menores de 12 a 23 meses y de 24 a 59 meses de edad, ámbito rural, 2012-2017	180

Gráfica VIII.7.	Incidencia de tuberculosis pulmonar, 2000-2017	181
Gráfica VIII.8.	Casos confirmados de dengue no grave, 2000-2017	182
Gráfica VIII.9.	Casos confirmados de dengue con signos de alarma y dengue grave, 2000-2017	182
Gráfica VIII.10.	Monitoreo de 2% de las diarreas para identificar la circulación del <i>Vibrio cholerae</i> , 2010-2017	183
Gráfica VIII.11.	Mortalidad materna en IMSS-PROSPERA, 2007-2017	183
Gráfica VIII.12.	Detecciones de diabetes mellitus, 2010-2017	186
Gráfica VIII.13.	Detecciones de hipertensión arterial, 2010-2017	186
Gráfica VIII.14.	Personas con diabetes e hipertensión, registradas en tratamiento, 2010-2017	186
Gráfica VIII.15.	Casos y tasas de infecciones asociadas a la atención de la salud, 2010-2017	187
Gráfica VIII.16.	Encuentros Médico-Quirúrgicos efectuados, 2013-2017	188
Gráfica VIII.17.	Encuentros Médico-Quirúrgicos efectuados en 2017	188

Capítulo IX

Gráfica IX.1.	Estructura de las reservas y Fondo Laboral	190
Gráfica IX.2.	Evolución del saldo contable de las reservas y Fondo Laboral, 2001-2017	192
Gráfica IX.3.	Evolución del saldo de la Subcuenta 2 del Fondo Laboral, 2006-2017	193
Gráfica IX.4.	Cronología de la inversión en Afore XXI Banorte.....	196
Gráfica IX.5.	Comisiones sobre saldo, Afore XXI Banorte vs. el promedio del sistema, 2009-2018	197
Gráfica IX.6.	Evolución de productos financieros contables de las reservas y Fondo Laboral, 2001-2017	198
Gráfica IX.7.	Evolución del saldo contable y de inversión de las reservas y Fondo Laboral, 2001-2017	199

Capítulo X

Gráfica X.1.	Proyección del número de trabajadores y pensionados del Régimen de Jubilaciones y Pensiones	210
Gráfica X.2.	Flujo de gasto anual del Régimen de Jubilaciones y Pensiones, total y a cargo del IMSS-Patrón	211
Gráfica X.3.	Distribución de valor presente de obligaciones totales del Régimen de Jubilaciones y Pensiones, al 31 de diciembre de 2017	212
Gráfica X.4.	Asuntos en trámite por tipo de proceso, a diciembre de 2017	218
Gráfica X.5.	Asuntos laborales en trámite por tipo de actor, a diciembre de 2017	219

Gráfica X.6.	Laudos firmes notificados, a diciembre de 2017.....	220
Gráfica X.7.	Demandas notificadas por despido injustificado, 2014-2017.....	221
Gráfica X.8.	Comparativos de juicios contenciosos administrativos, diciembre de 2016 y 2017.....	222
Gráfica X.9.	Comparativos juicios civiles y mercantiles, diciembre de 2016 y 2017.....	223

Capítulo XI

Gráfica XI.1.	Índice Nacional de Atención de Recetas, 2013-2017.....	226
Gráfica XI.2.	Ahorros generados por la compra consolidada.....	229
Gráfica XI.3.	Inmuebles dañados por los sismos de septiembre de 2017 por grado de afectación.....	249
Gráfica XI.4.	Importe de las altas de mobiliario y equipo médico del Régimen Ordinario, 2003-2017.....	251
Gráfica XI.5.	Arquitectura IMSS Digital.....	254
Gráfica XI.6.	Incremento de descargas de la aplicación IMSS Digital.....	256
Gráfica XI.7.	Incremento de trámites y servicios digitales vía App IMSS Digital.....	256
Gráfica XI.8.	Trámites realizados en la App IMSS Digital.....	257
Gráfica XI.9.	Visitas y <i>bounce rate</i> del Sitio Web “Acercando el IMSS al Ciudadano”.....	258
Gráfica XI.10.	Ejecución del gasto del área tecnológica.....	263

Capítulo XII

Gráfica XII.1.	Ingreso obrero-patronal del IMSS real (incluye IMSS-Patrón) y meta de la Ley de Ingresos de la Federación, 2012-2017.....	266
Gráfica XII.2.	Afiliación de registros patronales en el IMSS en los primeros 5 años y 5 meses de la actual y anteriores Administraciones.....	267
Gráfica XII.3.	Creación de empleo por periodo.....	267
Gráfica XII.4.	Uso de Reservas, 2007-2017.....	269
Gráfica XII.5.	Principales trámites digitales, 2013-marzo de 2018.....	270
Gráfica XII.6.	Unifila: Impacto en los tiempos de espera.....	272
Gráfica XII.7.	Referencias a segundo nivel de atención: Impacto en los tiempos de espera.....	273
Gráfica XII.8.	Urgencias/Triage: Impacto en los tiempos de espera.....	273
Gráfica XII.9.	Gestión de Camas: Impacto en el tiempo de cama vacía.....	274
Gráfica XII.10.	Implementación de Código Infarto 2015-2018.....	274
Gráfica XII.11.	Cirugías acumuladas en fin de semana, 2016-2017.....	275
Gráfica XII.12.	Promedio de recetas atendidas mensualmente, 2013-2018.....	275
Gráfica XII.13.	Inversión física, 2013-2018.....	276
Gráfica XII.14.	Prospectiva del consumo de alimentos procesados en México, 2011-2020.....	277

Gráfica XII.15. Esperanza de vida al nacer, por sexo, 1970-2018	277
Gráfica XII.16. Estructura de la población en México por edad y sexo.....	278
Gráfica XII.17. Composición de la población derechohabiente adscrita a médico familiar por grupo de edad, 1991-2017	278
Gráfica XII.18. Prevalencia de diabetes mellitus e hipertensión, 2012-2016	279
Gráfica XII.19. Prevalencia de Sobrepeso y Obesidad, 2014-2017	279
Gráfica XII.20. Derechohabientes muy satisfechos o satisfechos, 2009-2017	281

1. INFORME DE LOS AUDITORES INDEPENDIENTES

**A la Secretaría de la Función Pública
A la H. Asamblea General
Al H. Consejo Técnico
A la H. Comisión de Vigilancia del
Instituto Mexicano del Seguro Social
Organismo Público Descentralizado integrante del
Sector Paraestatal de la Administración Pública Federal**

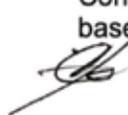
Opinión

Hemos auditado los estados financieros del Instituto Mexicano del Seguro Social, Organismo Público Descentralizado integrante del Sector Paraestatal de la Administración Pública Federal (el Instituto), que comprenden los estados de situación financiera, los estados analítico del activo y los estados analítico de la deuda y otros pasivos, al 31 de diciembre de 2017 y 2016, y los estados de actividades, los estados de variaciones en el patrimonio, los estados de flujos de efectivo y los estados de cambios en la situación financiera, así como el reporte de patrimonio y el informe sobre pasivos contingentes, correspondientes a los años terminados en dichas fechas, así como las notas explicativas a los estados financieros que incluyen un resumen de las políticas contables significativas.

En nuestra opinión, los estados financieros adjuntos, que se describen en el párrafo anterior, están preparados, en todos los aspectos materiales, de conformidad con las disposiciones en materia de información financiera que se indican en la Nota 38 a los estados financieros que se acompañan y que están establecidas en la Ley General de Contabilidad Gubernamental.

Fundamento de la opinión

Hemos llevado a cabo nuestras auditorías de conformidad con las Normas Internacionales de Auditoría. Nuestras responsabilidades, de acuerdo con estas normas, se describen con más detalle en la sección "Responsabilidades del auditor para la auditoría de los estados financieros" de nuestro informe. Somos independientes del Instituto de conformidad con el Código de Ética Profesional del Instituto Mexicano de Contadores Públicos, A.C. (Código de Ética Profesional), junto con los requerimientos de ética que son aplicables a nuestras auditorías de los estados financieros en México, y hemos cumplido con las demás responsabilidades de ética de conformidad con esos requerimientos y con el Código de Ética Profesional. Consideramos que la evidencia de auditoría que hemos obtenido proporciona una base suficiente y adecuada para nuestra opinión.



Párrafo de énfasis: Base de preparación contable y utilización de este informe

Llamamos la atención sobre las Notas 38 y 39 a los estados financieros adjuntos, en las que se describen las bases contables utilizadas para la preparación de los mismos. Dichos estados financieros fueron preparados para cumplir con los requerimientos normativos gubernamentales a que está sujeto el Instituto y para ser integrados en el Reporte de la Cuenta Pública Federal, los cuales están presentados en los formatos que para tal efecto fueron establecidos por la Unidad de Contabilidad Gubernamental de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público; consecuentemente, éstos pueden no ser apropiados para otra finalidad. Nuestra opinión no se modifica por esta cuestión.

Párrafo de énfasis: Pasivo de transición a la nueva Norma de Información Financiera D-3 “Beneficios a los Empleados”

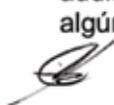
Llamamos la atención sobre la Nota 14 a los estados financieros adjuntos, en la que menciona que a partir del ejercicio 2016, la determinación del costo neto del periodo para el Régimen de Jubilaciones y Pensiones y para Prima de Antigüedad de Indemnizaciones en favor de los Trabajadores del Instituto, se realizó considerando la transición a la nueva Norma de Información Financiera (NIF) D-3 “Beneficios a los Empleados” y Mejoras a las NIF 2017, lo cual implicó un pasivo de transición a la NIF D-3 pendiente de reconocer por 1,653,119 millones de pesos, pasivo que no se reconoce contablemente, de conformidad a lo establecido en la Norma de Información Financiera Gubernamental General para el Sector Paraestatal 05 “Obligaciones Laborales”. Nuestra opinión no se modifica por esta cuestión.

Otra información

La administración es responsable de la otra información. La otra información comprende la información incluida en el informe anual, pero no incluye los estados financieros ni nuestro informe de auditoría correspondiente. Esperamos disponer de la otra información después de la fecha de este informe de auditoría.

Nuestra opinión sobre los estados financieros no cubre la otra información y no expresamos ninguna forma de conclusión que proporcione un grado de seguridad sobre esta.

En relación con nuestra auditoría de los estados financieros, nuestra responsabilidad es leer y considerar la otra información que identificamos más arriba cuando dispongamos de ella y, al hacerlo, considerar si existe una incongruencia material entre la otra información y los estados financieros o el conocimiento obtenido por nosotros en la auditoría o si parece que existe una incorrección material en la otra información por algún otro motivo.



Responsabilidades de la administración y de los encargados del gobierno del Instituto sobre los estados financieros

La administración es responsable de la preparación de los estados financieros adjuntos de conformidad con las disposiciones en materia de información financiera establecidas en la Ley General de Contabilidad Gubernamental que se describen en la Nota 38 a dichos estados financieros, y del control interno que la administración consideró necesario para permitir la preparación de estados financieros libres de incorrección material debida a fraude o error.

En la preparación de los estados financieros, la administración es responsable de la valoración de la capacidad del Instituto para continuar operando como una entidad en funcionamiento, revelando, en su caso, las cuestiones relativas a la entidad en funcionamiento y utilizando las bases contables aplicables a una entidad en funcionamiento, a menos que la administración tenga la intención de liquidar el Instituto o cesar sus operaciones, o bien no exista una alternativa realista.

Los encargados del gobierno del Instituto son responsables de la supervisión del proceso de información financiera del Instituto.

Responsabilidades del auditor sobre la auditoría de los estados financieros

Nuestros objetivos son obtener una seguridad razonable sobre de que los estados financieros, en su conjunto, se encuentran libres de incorrección material, debido a fraude o error, y emitir un informe de auditoría que contiene nuestra opinión. Seguridad razonable es un alto nivel de seguridad, pero no es una garantía, de que una auditoría realizada de conformidad con las Normas Internacionales de Auditoría siempre detecte una incorrección material cuando existe. Las incorrecciones pueden deberse a fraude o error y son consideradas materiales si individualmente, o en su conjunto, puede preverse razonablemente que influyan en las decisiones económicas que los usuarios hacen basándose en los estados financieros.

Como parte de una auditoría de conformidad con las Normas Internacionales de Auditoría, aplicamos nuestro juicio profesional y mantenemos una actitud de escepticismo profesional durante toda la auditoría. También:

- Identificamos y evaluamos los riesgos de incorrección material en los estados financieros, debida a fraude o error, diseñamos y aplicamos los procedimientos de auditoría para responder a esos riesgos y obtener evidencia de auditoría suficiente y apropiada para obtener una base para nuestra opinión. El riesgo de no detectar una incorrección material debida a fraude es mayor que en el caso de una incorrección material, ya que el fraude puede implicar colusión, falsificación, manifestaciones intencionalmente erróneas, omisiones intencionales o la anulación del control interno.





- Obtenemos conocimiento del control interno importante para la auditoría con el fin de diseñar los procedimientos de auditoría que consideramos adecuados en las circunstancias, y no con la finalidad de expresar una opinión sobre la eficacia del control interno del Instituto.
- Evaluamos lo apropiado de las políticas contables utilizadas y la razonabilidad de las estimaciones contables, así como las revelaciones hechas por la administración del Instituto.
- Concluimos sobre lo apropiado del uso de la administración de las bases contables aplicables a una entidad en funcionamiento y, con base en la evidencia de auditoría obtenida, concluimos sobre si existe o no una incertidumbre importante relacionada con eventos o con condiciones que pueden originar dudas significativas sobre la capacidad del Instituto para continuar como entidad en funcionamiento. Si concluimos que existe una incertidumbre importante, se nos requiere que llamemos la atención en nuestro informe de auditoría sobre la correspondiente información revelada en los estados financieros o, si dicha revelación es insuficiente, que expresemos una opinión modificada. Nuestras conclusiones se basan en la evidencia de auditoría obtenida hasta la fecha de nuestro informe. Sin embargo, hechos o condiciones futuros pueden ser causa de que el Instituto deje de ser una entidad en funcionamiento.

Nos comunicamos con los encargados del gobierno del Instituto en relación, entre otras cuestiones, con el alcance planeado y el momento de realización de la auditoría y los hallazgos importantes de la auditoría, así como cualquier deficiencia significativa en el control interno que identificamos durante nuestra auditoría.

Gossler, S.C.



C.P.C. Diego Carlos Nieto Sánchez
Socio

Ciudad de México
Marzo 14, 2018





Ciudad de México a 15 de mayo de 2018

**Instituto Mexicano del Seguro Social
Av. Paseo de la Reforma 476,
Col. Juárez
Ciudad de México**

Para dar cumplimiento a lo que establece el artículo 273 de la Ley del Seguro Social nuestra firma auditó la Valuación Financiera y Actuarial que realiza el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) para evaluar la situación financiera de los Seguros que administra:

- 1) Riesgos de Trabajo (SRT)
- 2) Invalidez y Vida (SIV)
- 3) Enfermedades y Maternidad (SEM) con sus dos coberturas (SEM Asegurados y Gastos Médicos de Pensionados, GMP)
- 4) Guarderías y Prestaciones Sociales (GyPS)
- 5) Salud para la Familia (SSFAM)

El propósito de la Auditoría es verificar y emitir opinión respecto al proceso que se sigue para llevar a cabo la evaluación de la situación financiera de los seguros que administra el IMSS en el corto, mediano y largo plazos.

Durante el proceso de auditoría se verificó:

- i) Que la estimación de los ingresos y gastos a nivel consolidado y su desglose por seguro para el corto, mediano y largo plazos, haya tenido como punto de partida información confiable y razonable, así como que la metodología utilizada sea conforme a las técnicas y metodologías generalmente aceptadas;
- ii) El mecanismo empleado para determinar el uso de las reservas para el periodo 2018-2050 sea adecuado para cubrir las necesidades de financiamiento del gasto de operación del IMSS;
- iii) La estimación del gasto por pensiones de los Seguros de Riesgos de Trabajo e Invalidez y Vida se haya realizado conforme a las metodologías utilizadas para el esquema de pensiones de la

LOCKTON MÉXICO, AGENTE DE SEGUROS Y DE FIANZAS, S.A. DE C.V.
Av. Santa Fe No. 481 Piso 19, Col. Cruz Manca, Del. Cuajimalpa, 05349/México D.F.
Tel. 5980.4300/01800 801.5625 www.lockton.com.mx



seguridad social bajo el mecanismo de rentas vitalicias; así como que sean confiables, razonables y que además su determinación sea conforme a las técnicas y metodologías actuariales generalmente aceptadas.

Para medir la confiabilidad de los resultados respecto a la situación financiera de los seguros, nuestra Firma revisó y certificó los modelos que ha desarrollado el IMSS para dicho fin. Destacándose lo siguiente:

- a) En relación a la situación financiera de Corto Plazo, nuestra Firma analizó el comportamiento que ha tenido en los últimos años el flujo de efectivo de ingresos y egresos del Instituto y su congruencia con presupuesto para el año 2018. Asimismo, se revisaron los supuestos empleados para proyectar el flujo de efectivo en el periodo 2018 – 2026. Por lo anterior, se considera que los supuestos adoptados son adecuados, al igual que los resultados obtenidos.
- b) En cuanto a la estimación del mediano y largo plazo, la auditoría practicada permitió concluir que son razonables y adecuadas las hipótesis con las que se proyectaron las tendencias de los ingresos y egresos, los resultados obtenidos se consideran adecuados en el periodo de proyección que abarca hasta el año 2050. Estas proyecciones reflejan la situación financiera global del Instituto y el desglose por seguro muestra la situación observada en el Instituto.
- c) El proceso de auditoría para la estimación del gasto por pensiones que se realiza en los Seguros de Riesgos de Trabajo e Invalidez y Vida para el largo plazo, consistió en revisar las notas técnicas en las que se describen las metodologías utilizadas para la obtención de la información. Asimismo, se verificó la consistencia de la información proporcionada por el IMSS respecto a los asegurados, salarios de cotización, saldos en cuenta individual de los asegurados, y de los supuestos financieros y demográficos. Respecto al modelo empleado de valuación se verificó que su desarrollo esté apegado a lo que se establece en la nota técnica y además



que cumpla con los estándares de cálculo actuarial generalmente aceptados.

Para la revisión y certificación de los resultados de pensiones, nuestra firma replicó los modelos de los seguros valuados actuarialmente, y se compararon los resultados obtenidos por nosotros y los del IMSS, no encontrándose diferencias significativas.

Dada la complejidad para estimar el gasto por sumas aseguradas y pensiones temporales y provisionales en los Seguros de Riesgos de Trabajo e Invalidez y Vida se recomienda emplear para evaluar la situación financiera de corto plazo los resultados actuariales, mismos que deberán estar acordes con las tendencias de gasto observadas de manera histórica.

Certificación actuarial

Por lo anteriormente expuesto, certifico que:

- i) La información utilizada para generar los resultados de cada modelo son acordes con la realidad observada en el Instituto.
- ii) Los supuestos macroeconómicos adoptados en los modelos para evaluar la situación financiera del IMSS tienen sustento en la realidad observada.
- iii) Los modelos empleados para proyectar la situación financiera global del IMSS en el corto (2018-2026) y mediano plazos (hasta el año 2050) son consistentes con la experiencia observada en los últimos años, además reflejan razonablemente la situación financiera del Instituto Mexicano del Seguro Social para el periodo que abarcan sus proyecciones.



- iv) La información, los supuestos y las metodologías utilizadas para estimar las obligaciones de largo plazo en los Seguros de Riesgos de Trabajo y de Invalidez y Vida son acordes con la evolución esperada, por lo que en nuestra opinión y a nuestro leal saber y entender, presentan razonablemente la situación financiera en el corto, el mediano y el largo plazo. Asimismo, las metodologías de cálculo utilizadas están basadas en la técnica actuarial generalmente aceptada.

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

Atentamente,

Act. Marcela Flores Quiroz
Cédula Profesional No. 1280075
Perito Valuador de Pasivos
Contingentes No. 049-1280075



12 de Junio de 2018

**Instituto Mexicano del Seguro Social
Governador Tiburcio Montiel No 15, 4º piso,
Col. San Miguel Chapultepec, C.P. 11850
México, Ciudad de México.**

De acuerdo con el Contrato de Prestación de Servicios Profesionales de Consultoría Actuarial No. S7M0898, celebrado entre el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y nuestra Firma, en lo correspondiente a la Partida 2 "Valuación Actuarial del Régimen de Jubilaciones y Pensiones y de la Prima de Antigüedad e Indemnizaciones de los Trabajadores del Instituto Mexicano del Seguro Social al 31 de diciembre de 2017", bajo la Norma de Información Financiera D-3 (NIF D-3) "Beneficios a los Empleados", nos permitimos señalar lo siguiente:

La valuación actuarial se realizó con base en la información que proporcionó el IMSS con corte a diciembre de 2017, relativa al plan de pensiones del Régimen de Jubilaciones y Pensiones (RJP), y a los beneficios por prima de antigüedad e indemnizaciones de acuerdo a lo que se establece en el Contrato Colectivo de Trabajo y en el Estatuto de Trabajadores de Confianza "A" del IMSS.

Asimismo, se tomaron en cuenta los recursos que el IMSS en su carácter de patrón reconoció en sus Estados Financieros al 31 de diciembre de 2017, que incluye el pago de las obligaciones laborales por el RJP y por prima de antigüedad e indemnizaciones, los cuales corresponden al cargo a resultados que se reporta en la valuación actuarial.

A partir de la información proporcionada se realizaron los cálculos de las obligaciones laborales a cargo del IMSS en su carácter de patrón, mismos que se reportaron en las notas a los Estados Financieros al cierre de 2017. Así también se obtuvieron las proyecciones demográficas y financieras para medir la evolución futura de las obligaciones por jubilaciones y pensiones, y por prima de antigüedad e indemnizaciones.

Los supuestos financieros y demográficos utilizados en la valuación fueron validados de acuerdo a la experiencia del Instituto y del país.

De acuerdo con lo anterior, hago constar que toda la información contenida en la Valuación Actuarial del Régimen de Jubilaciones y Pensiones y Prima de Antigüedad e Indemnizaciones de los trabajadores del Instituto Mexicano del Seguro Social bajo la NIF D-3 "Beneficios a los Empleados", así como sus resultados, se produjeron de acuerdo a los lineamientos de la NIF D-3 del Consejo Mexicano para la Investigación y Desarrollo de Normas de Información Financiera, A. C., así como a las normas actuariales generalmente aceptadas, y que se actuó con objetividad en la cuantificación de las obligaciones sin que existiera impedimento alguno y/o relación que modificara los resultados del dictamen.

LOCKTON MÉXICO, AGENTE DE SEGUROS Y DE FIANZAS, S.A. DE C.V.
Av. Santa Fe No. 481 Piso 19, Col. Cruz Manca, Del. Cuajimalpa, 05349/México D.F.
Tel. 5980.4300/01800 801.5625 www.lockton.com.mx



Por último, certifico que los resultados obtenidos, en nuestra opinión y a nuestro leal saber y entender, reflejan razonablemente la situación del Instituto Mexicano del Seguro Social al 31 de Diciembre de 2017 con respecto a su obligación laboral por el Régimen de Jubilaciones y Pensiones y Prima de Antigüedad e Indemnizaciones de sus trabajadores.

Atentamente,

Act. Marcela Flores Quiroz
Director General
Cédula Profesional No. 1280075
Perito Valuador de Pasivos
Contingentes No. 049-1280075



15 de Junio de 2018

**Instituto Mexicano del Seguro Social
Governador Tiburcio Montiel No 15, 4° piso,
Col. San Miguel Chapultepec, C.P. 11850
México, Ciudad de México.**

De acuerdo con el Contrato de Prestación de Servicios Profesionales de Consultoría Actuarial No. S8M0002, celebrado entre el Instituto Mexicano del Seguro Social y nuestra Firma, me permito señalar lo siguiente en relación al "Estudio Actuarial para Medir la Suficiencia Financiera de la Subcuenta 2 del Fondo Laboral, al 31 de diciembre de 2017".

El estudio actuarial en referencia fue realizado con base en la información proporcionada por el IMSS, con respecto a:

- i) 41,166 trabajadores al cierre de 2017 contratados bajo la cobertura del "Convenio Adicional para las Jubilaciones y Pensiones de los Trabajadores de Base de Nuevo Ingreso" (Convenio de 2005), firmado el 14 de octubre de 2005 entre el Instituto en su calidad de patrón y el Sindicato Nacional de Trabajadores del Seguro Social;
- ii) Los trabajadores que aportan a la subcuenta 2 del Fondo Laboral;
- iii) 445 pensionados bajo el Convenio de 2005 en curso de pago al cierre de 2017; y,
- iv) El saldo de los recursos acumulados en la subcuenta 2 del Fondo Laboral al 31 de diciembre de 2017.

En adición a lo anterior se tomaron en cuenta las disposiciones establecidas en los artículos 277 D y 286 K de la Ley del Seguro Social, en lo relativo a que los recursos que se depositen en la subcuenta 2 del Fondo Laboral deben financiar plenamente los costos futuros derivados del Régimen de Jubilaciones y Pensiones conforme a lo que se establece en el Convenio de 2005.

Los elementos que se consideran en el estudio para determinar la suficiencia financiera de la Subcuenta 2 del Fondo Laboral son los siguientes:

- La estimación de las obligaciones por jubilaciones y pensiones complementarias a las que se establecen en la Ley del Seguro Social, provenientes de los trabajadores contratados bajo la cobertura del Convenio de 2005.
- El importe del saldo acumulado en la subcuenta 2 del Fondo Laboral al 31 de diciembre de 2017.
- La estimación de las aportaciones futuras que realizarán a dicha subcuenta los trabajadores en activo.
- La tasa de rendimiento de los recursos de la subcuenta 2 del Fondo Laboral.

LOCKTON MÉXICO, AGENTE DE SEGUROS Y DE FIANZAS, S.A. DE C.V.
Av. Santa Fe No. 481 Piso 19, Col. Cruz Manca, Del. Cuajimalpa, 05349/México D.F.
Tel. 5980.4300/01800 801.5625 www.lockton.com.mx



El estudio no certifica el detalle quincenal de las aportaciones realizadas a diciembre de 2017, debido a que nuestra Firma no contó con las nóminas quincenales en donde se registran los descuentos aplicados para el fondeo de las jubilaciones y pensiones de las contrataciones realizadas bajo dicho Convenio.

Asimismo, se actuó con objetividad en la determinación de los supuestos, y en la proyección de los recursos para cubrir plenamente las obligaciones, sin que existiera impedimento alguno y/o relación que modificara los resultados del dictamen.

De acuerdo con lo anterior, certifico que el valor presente de las obligaciones totales por jubilaciones y pensiones complementarias que se estima para la población valuada conforme a lo que establece el Convenio de 2005, se encuentra financiado con el saldo acumulado en la Subcuenta 2 del Fondo Laboral a la fecha de valuación, más el valor presente de las aportaciones futuras de los trabajadores que aportan a dicha subcuenta. Lo anterior, con base en los supuestos de cálculo adoptados y la tasa de descuento del 3.70% real fijada por el IMSS como meta promedio anual de rendimiento de los recursos que se vayan acumulando en la referida Subcuenta 2.

Atentamente,

Act. Marcela Flores Quiroz
Director General
Cédula Profesional No. 1280075
Perito Valuador de Pasivos
Contingentes No. 049-1280075

Se terminó de imprimir y encuadernar en el mes de junio de 2018 en:
Impresora y Encuadernadora Progreso, S. A. de C. V.
San Lorenzo Tezonco No. 244, Col. Paraje San Juan,
C. P. 09830, Ciudad de México,
Tel. 55 5970-2616

La edición consta de 17 ejemplares.
El diseño y cuidado de la edición estuvieron a cargo de la Unidad
de Comunicación Social del Instituto Mexicano del Seguro Social.

