

Capítulo V

Seguro de Enfermedades y Maternidad



El Seguro de Enfermedades y Maternidad (SEM) protege a las personas aseguradas y a familiares con derecho⁸³ mediante prestaciones en especie —atención médica, quirúrgica, farmacéutica y hospitalaria—, así como prestaciones en dinero, entre las que se incluyen los subsidios por enfermedad general y maternidad, y la ayuda para gastos de funeral⁸⁴. Por la magnitud de la población cubierta, la intensidad en el uso de los servicios médicos y el crecimiento del gasto asociado a enfermedades crónicas, el SEM representa uno de los principales retos operativos y financieros para la sostenibilidad del Instituto.

Al cierre de 2025, el SEM registró a 31,099,795 personas aseguradas, de las cuales 30,471,401 son personas afiliadas al régimen obligatorio (22,032,930 con aseguramiento asociado a puestos de trabajo y 8,438,471 sin empleo asociado), y 628,394 son personas aseguradas en el régimen voluntario.

En el caso del aseguramiento en el régimen obligatorio con empleo asociado, la cobertura se extiende a las personas beneficiarias. Por otro lado, la mayoría de las personas afiliadas al régimen obligatorio sin un empleo asociado pertenecen a grupos poblacionales que el Ejecutivo Federal ha determinado sean cubiertas por este seguro a través de un decreto como el relativo a los estudiantes de instituciones públicas de nivel medio superior y superior⁸⁵ y las personas beneficiarias del Programa Jóvenes Construyendo el Futuro⁸⁶.

⁸³ Se refiere a la o el cónyuge de la persona afiliada y a falta de éstos, a la concubina o el concubinario en su caso, a quien haya suscrito una unión civil con la persona afiliada, cualquiera que fuere su sexo, así como los ascendientes y descendientes de la persona afiliada.

⁸⁴ La prestación se otorga en caso de fallecimiento de las personas aseguradas o pensionadas y se da de manera preferentemente a la persona familiar que presente copia del acta de defunción y la cuenta original de los gastos de funeral.

⁸⁵ Decreto por el que se incorporan al régimen obligatorio del Seguro Social, por lo que corresponde a las prestaciones en especie del seguro de enfermedades y maternidad, a las personas que cursen estudios de los tipos medio superior y superior en instituciones educativas del Estado y que no cuenten con la misma o similar protección por parte del propio Instituto o cualquier otra institución de seguridad social. Diario Oficial de la Federación 14/09/1998.

⁸⁶ Decreto por el que se incorporan al régimen obligatorio del Seguro Social, por lo que corresponde a las prestaciones en especie de los seguros de Enfermedades y Maternidad y Riesgos de Trabajo, a los beneficiarios del Programa Jóvenes Construyendo el Futuro y que no cuenten con la misma o similar protección por parte del Instituto Mexicano del Seguro Social o cualquier otra institución de seguridad social. Diario Oficial de la Federación 31/01/2019.

Adicionalmente, 6,116,920 personas pensionadas y sus personas beneficiarias tienen derecho a las prestaciones en especie del SEM.

Los cambios en el perfil epidemiológico y demográfico de la población derechohabiente, reflejados en los motivos de consulta, han contribuido al incremento de la incidencia y prevalencia de enfermedades crónico-degenerativas y a una mayor necesidad y demanda de servicios médicos. Esta situación tiene un impacto financiero importante para el Instituto: se han elevado los costos de la atención y los recursos económicos necesarios para el pago de incapacidades por enfermedad general.

El análisis de la situación financiera de este seguro se presenta a partir de la evolución de los ingresos y los gastos, así como del Estado de Actividades al 31 de diciembre de 2025. Posteriormente, se presentan las proyecciones de ingresos y gastos para el periodo 2026-2055, tanto en lo relativo a las personas aseguradas en activo, como al ramo de Gastos Médicos de Pensionados. Asimismo, se presentan las primas de equilibrio para cada ramo. Las proyecciones a 2055 presentadas en esa sección indican que la prima de financiamiento establecida en la Ley del Seguro Social no es suficiente para hacer frente a los gastos esperados.

A pesar de este escenario de desequilibrio actuarial, el IMSS considera que es posible mejorar la calidad de la atención y hacer más eficiente el gasto a partir de la simplificación, reordenamiento y digitalización de procesos. El objetivo es mejorar la atención en todos los niveles, con el propósito de atender la creciente demanda de servicios y fortalecer una estrategia frontal contra las enfermedades crónicas no transmisibles.

V.1. Coberturas y prestaciones

De acuerdo con la LSS, el SEM brinda cobertura para la enfermedad general (no profesional), accidentes no laborales y la maternidad, así como la incapacidad laboral por estas causas, para lo cual se consideran dos tipos de prestaciones: en especie y en dinero.

Prestaciones en especie

En caso de enfermedad no profesional, el IMSS otorgará a la persona asegurada (titulares y personas beneficiarias) la asistencia médico-quirúrgica, farmacéutica y hospitalaria que sea necesaria⁸⁷. En caso de maternidad, se otorgará a la asegurada la asistencia obstétrica necesaria durante el embarazo, el alumbramiento y el puerperio; una ayuda en especie para lactancia y una canastilla con artículos esenciales para el cuidado del recién nacido.

Las prestaciones en especie que el SEM otorga a la población derechohabiente se brindan no solo con enfoque curativo, sino también preventivo, con el fin de proteger la salud y prevenir enfermedades o discapacidad. Los servicios de medicina preventiva consisten en programas de difusión para la salud, prevención y rehabilitación de la discapacidad, estudios epidemiológicos, aplicación de inmunobiológicos, inmunizaciones, campañas sanitarias y otros programas especiales enfocados a resolver necesidades médico-sociales (artículo 110 de la LSS) y así coadyuvar a mejorar la calidad de vida de la población derechohabiente.

En el ámbito de medicamentos, el Instituto con base en los artículos 29 de la Ley General de Salud y 90 de la Ley del Seguro Social (LSS), conforma y actualiza los catálogos de insumos para la salud que considere necesarios para la atención de su población derechohabiente.

⁸⁷ Conforme los artículos 91 y 92 de la Ley del Seguro Social, la atención se brinda desde el comienzo de la enfermedad y durante el plazo de 52 semanas para el mismo padecimiento. No se computará en el mencionado plazo, el tiempo que dure el tratamiento curativo que le permita continuar en el trabajo y seguir cubriendo las cuotas correspondientes. Si al concluir el período de 52 semanas previsto en el artículo anterior, el asegurado continúa enfermo, el Instituto prorrogará su tratamiento hasta por 52 semanas más, previo dictamen médico.

En el cuadro A.2 del Anexo A del Informe se puede consultar un mayor detalle de las prestaciones que otorga el SEM.

V.2. Evolución y contexto de operación

Desde la perspectiva curativa, el SEM se enfoca en tratar y rehabilitar a los pacientes que padecen una enfermedad, lesión o accidente a través de:

- Consulta externa: atención médica de primer contacto (medicina familiar) y consultas con médicos especialistas.
- Urgencias: atención inmediata para emergencias médicas y estabilización de pacientes, considerando el sistema de gestión de riesgos denominado *triage*.
- Hospitalización: cuidados médicos, de enfermería y quirúrgicos durante el internamiento del paciente.
- Servicios de laboratorio y diagnóstico: estudios clínicos y de imagen (rayos X, ultrasonidos, tomografías, entre otros) para establecer diagnósticos precisos.
- Tratamiento farmacológico: medicamentos recetados por el personal médico de la institución.
- Rehabilitación: terapias físicas, ocupacionales y psicológicas para recuperar la funcionalidad después de una enfermedad grave o accidente.

En 2025, el IMSS implementó acciones orientadas a ampliar la prestación de servicios de salud y atender la demanda de la población derechohabiente y personas usuarias. Los siguientes apartados muestran algunas de estas acciones y su efecto en el acceso a los servicios por parte de las personas derechohabientes.

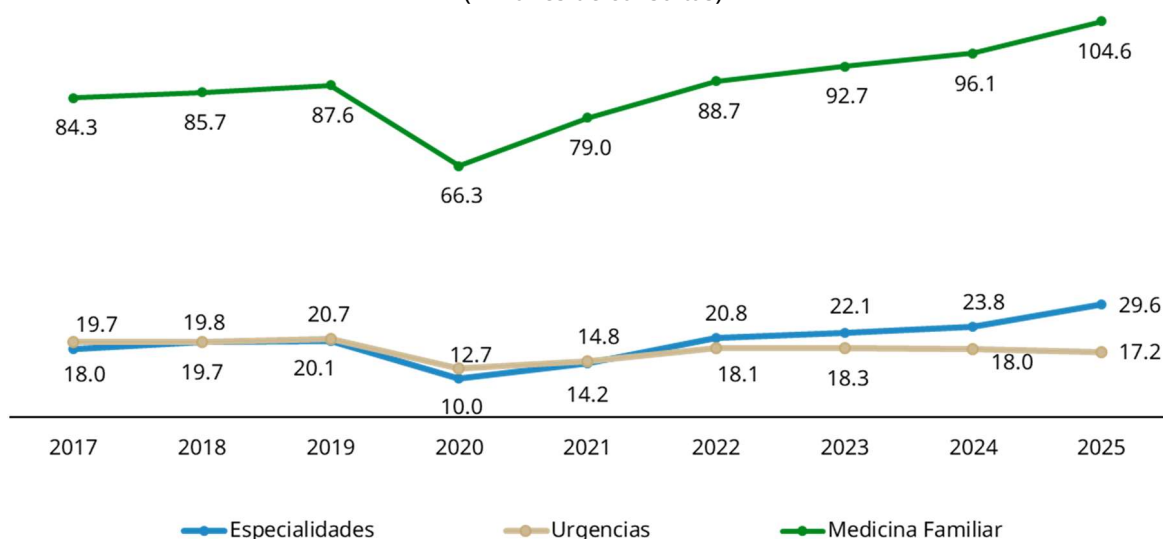
V.2.1. Servicios de salud

Los servicios de Consulta Externa (Medicina Familiar y Especialidades) mantienen una trayectoria ascendente. En 2025 se otorgó el mayor número de consultas de Medicina Familiar con 104.6 millones de consultas (Gráfica V.1).

Particularmente, la atención de especialidades ha registrado un crecimiento constante en el número de consultas otorgadas, para las que destaca un repunte significativo en las citas de primera vez. Este incremento en la productividad responde al fortalecimiento de la capacidad instalada a través de estrategias institucionales y a una gestión más eficiente de los consultorios, a través de un modelo que busca optimizar la disponibilidad de los servicios y mejorar la respuesta a la demanda de la población.

Por su parte, los servicios de urgencias han adaptado su capacidad resolutive frente a diversos contextos epidemiológicos, a través de modelos de atención continua e integral. Con la implementación de Urgencias 24/7 y Hospital 360, se impulsa un modelo integral orientado a mejorar la oportunidad, continuidad y calidad de la atención. En este contexto, durante 2025 se otorgaron 17,207,564 atenciones de urgencias.

Gráfica V.1.
Consultas de Medicina Familiar, de Especialidades y de Urgencias, 2017-2025
 (millones de consultas)



Fuente: Dirección de Prestaciones Médicas, IMSS.

Durante 2025, el 65 % de las consultas de Medicina Familiar otorgadas se concentraron en 10 principales motivos de atención. Particularmente, las enfermedades crónicas, como las del corazón y la diabetes mellitus, representaron 42 % de las consultas proporcionadas. Entre los motivos de atención de tipo infeccioso, destacan las atenciones por infecciones respiratorias agudas, ubicadas en el cuarto lugar con 4%.

Por otro lado, el 42 % de las consultas externas por especialidades se concentraron en los 10 principales motivos de atención. Asimismo, el 15 % de la demanda fue por atención de tumores malignos, traumatismos y envenenamientos.

Respecto al servicio de Urgencias, 56 % se concentró en los 10 principales motivos de consulta. Entre las causas de atención destacan los traumatismos y envenenamientos, así como la atención de las infecciones respiratorias agudas, que sumaron 30 % de la demanda (Cuadro V.1).

Cuadro V.1.
Diez principales motivos de Consulta Externa (Medicina Familiar y Especialidades)
y de Urgencias, 2025
(millones de casos y porcentajes)

Externa de Medicina Familiar				Externa de Especialidades				Urgencias			
Núm.	Motivo	Total	%	Motivo	Total	%	Motivo	Total	%		
1	Enfermedades del corazón	22.5	21	Tumores malignos	2.5	8	Traumatismos y envenenamientos	3.2	19		
2	Diabetes mellitus	21.7	21	Traumatismos y envenenamientos	2.0	7	Infecciones respiratorias agudas	2.0	11		
3	Traumatismos y envenenamientos	4.9	5	Artropatías	1.6	5	Embarazo, parto y puerperio	1.1	6		
4	Infecciones respiratorias agudas	4.6	4	Enfermedades del corazón	1.3	4	Enfermedades Infecciosas Intestinales	0.9	5		
5	Artropatías	3.0	3	Insuficiencia renal	1.3	4	Enfermedades del	0.6	4		
6	Trastornos mentales y del comportamiento	3.0	3	Trastornos mentales y del comportamiento	1.0	3	Dorsopatías	0.5	3		
7	Embarazo, parto y puerperio	2.9	3	Dorsopatías	1.0	3	Infección de las vías urinarias	0.4	2		
8	Dorsopatías	2.4	2	Embarazo, parto y puerperio	0.9	3	Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	0.4	2		
9	Obesidad	1.7	2	Diabetes mellitus	0.8	3	Trastornos de los tejidos blandos	0.3	2		
10	Trastornos de los tejidos blandos	1.6	1	Trastornos de los tejidos blandos	0.7	2	Diabetes mellitus	0.3	2		
Suma		68.2	65		13.0	42		9.6	56		
Total		104.6	100		29.6	100		17.2	100		

Nota: Se considera la agrupación por Lista Mexicana de Enfermedades. Información del Año Estadístico 2025.

Fuente: Dirección de Prestaciones Médicas, IMSS.

En 2025, la ocupación hospitalaria fue de 75.7 % en las unidades de segundo nivel y 83.7 % en las unidades de tercer nivel de atención, ambas cifras por encima del promedio de 71.4 % reportado en los países miembros de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE)⁸⁸. Las personas atendidas en unidades de segundo nivel presentaron una estancia hospitalaria promedio de 4 días, mientras que esta cifra ascendió a 4.8 días en las unidades de tercer nivel. La OCDE reporta una estancia promedio de 6.4 días, superior a la del IMSS.

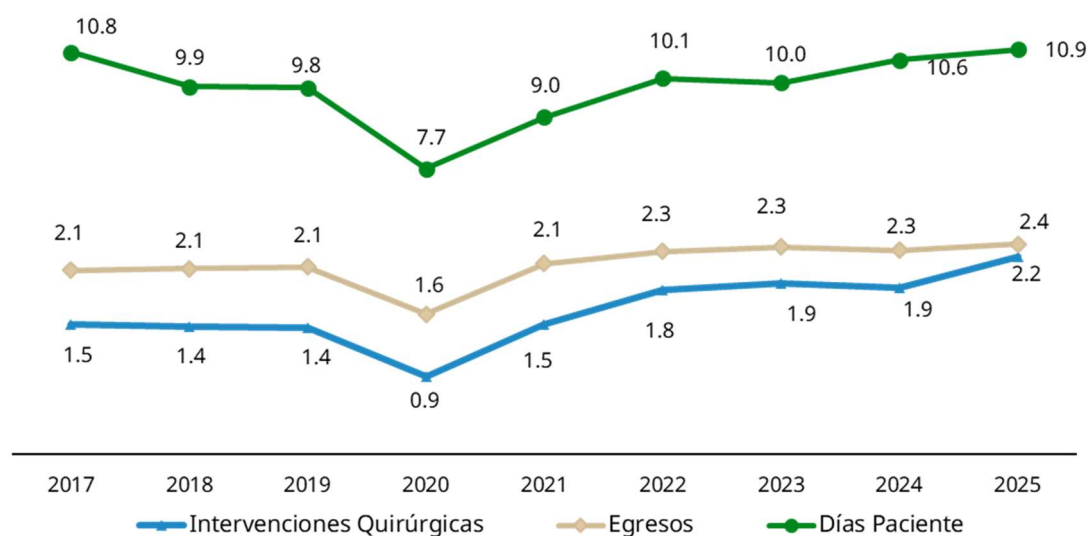
El uso eficiente de quirófanos, la programación continua en turnos matutino y vespertino y la organización de jornadas quirúrgicas permitieron incrementar el número de procedimientos realizados y reducir diferimientos, con lo que se mejoró el acceso de las personas derechohabientes a intervenciones programadas.

La coordinación entre niveles de atención facilitó la canalización oportuna de casos, mientras que la estandarización de procesos clínicos y administrativos favoreció la continuidad de los servicios. El seguimiento de indicadores de desempeño permitió orientar la toma de decisiones y ajustar la operación conforme a lo requerido.

⁸⁸ https://www.oecd.org/en/publications/health-at-a-glance-2025_8f9e3f98-en/full-report/hospital-beds-and-occupancy_152d839e.html

Las estrategias implementadas se reflejaron en un incremento en la productividad quirúrgica. En 2024 se realizaron 1,866,097 cirugías; mientras que en 2025 se reportaron 2,211,122 cirugías⁸⁹, lo que refleja el fortalecimiento de la capacidad resolutoria quirúrgica (Gráfica V.2).

Gráfica V.2.
Intervenciones quirúrgicas, egresos hospitalarios y días-paciente, 2017-2025
(millones de casos)



Fuente: Dirección de Prestaciones Médicas, IMSS.

Entre los 10 principales motivos de egresos hospitalarios en 2025 (Cuadro V.2) se encuentran, en primer lugar, el embarazo, parto y puerperio con 384 mil casos, que representan el 16.3 % y generaron 727 mil días-paciente (6.7 % de los días-paciente del año). El segundo motivo de egresos registrado fue por traumatismos y envenenamientos, con 202 mil registros (8.6 %) y 1,327 mil días-paciente (12.2 %).

Por otro lado, las enfermedades crónicas, como la insuficiencia renal, los tumores malignos y enfermedades del corazón, ocuparon el tercero, cuarto y sexto lugar en la frecuencia de egresos, respectivamente, con lo cual sumaron 13.8 % de la demanda de atención hospitalaria y 18.8 % de los días-paciente.

⁸⁹ Este dato incluye procedimientos principales y secundarios. Los procedimientos quirúrgicos principales son la intervención definitiva o de mayor complejidad realizada para tratar el diagnóstico principal del paciente (como una apendicectomía o colecistectomía). Los procedimientos secundarios son intervenciones adicionales, diagnósticas o terapéuticas (como una biopsia o lisis de adherencias) que complementan a la cirugía principal.

Cuadro V.2.
Diez principales motivos de egresos hospitalarios en camas censables, 2025
(miles de casos y porcentajes)

Núm.	Motivo	Egresos	%	Días-paciente	%
1	Embarazo, parto y puerperio	384	16.3	727	6.7
2	Traumatismos y envenenamientos	202	8.6	1,327	12.2
3	Insuficiencia renal	120	5.1	778	7.2
4	Tumores malignos	111	4.7	664	6.1
5	Colelitiasis y colecistitis	94	4.0	338	3.1
6	Enfermedades del corazón	94	4.0	600	5.5
7	Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	67	2.9	555	5.1
8	Hernias	59	2.5	121	1.1
9	Enfermedades del apéndice	43	1.8	137	1.3
10	Neumonía e influenza	42	1.8	299	2.7
Suma		1,216	51.7	5,546	51.1
Total		2,353	100	10,858	100

Nota: Se considera la agrupación de acuerdo con la Lista Mexicana de Enfermedades.

Fuente: Dirección de Prestaciones Médicas, IMSS.

Resultados de la estrategia 2-30-100

La estrategia 2-30-100 fue una iniciativa de la Dirección General del Instituto durante 2025 con el fin de aprovechar al máximo los recursos humanos y materiales disponibles en las unidades médicas y reducir los tiempos para la atención de las y los pacientes. La estrategia incorporó consultas de medicina familiar y de especialidad, así como intervenciones quirúrgicas.

El objetivo fue otorgar a la población derechohabiente 100 millones de consultas de medicina familiar, con un crecimiento esperado del 4 % respecto a 2024; 30 millones de consultas de especialidad, para lo cual se requería crecer un 26 % respecto al año anterior; y, finalmente, realizar 2 millones de cirugías, lo que implicaba un crecimiento del 45 % respecto a 2024.

La estrategia 2-30-100 permitió alinear los esfuerzos de las distintas direcciones normativas con el objetivo de dotar a las unidades médicas de primer, segundo y tercer nivel de los recursos humanos y materiales suficientes para lograr el objetivo planteado, a través de dinámicas efectivas de comunicación entre las unidades médicas y las áreas administrativas.

Al cierre del año 2025, se logró un crecimiento significativo en la cantidad de consultas de medicina familiar y de especialidad brindadas, así como en las cirugías realizadas con respecto a lo observado durante 2024. El Cuadro V.3. muestra la variación en atenciones y el incremento porcentual observado:

Cuadro V.3.
Comparativo de la productividad de atenciones médicas, 2024 vs 2025
 (Cifras en millones de atenciones)

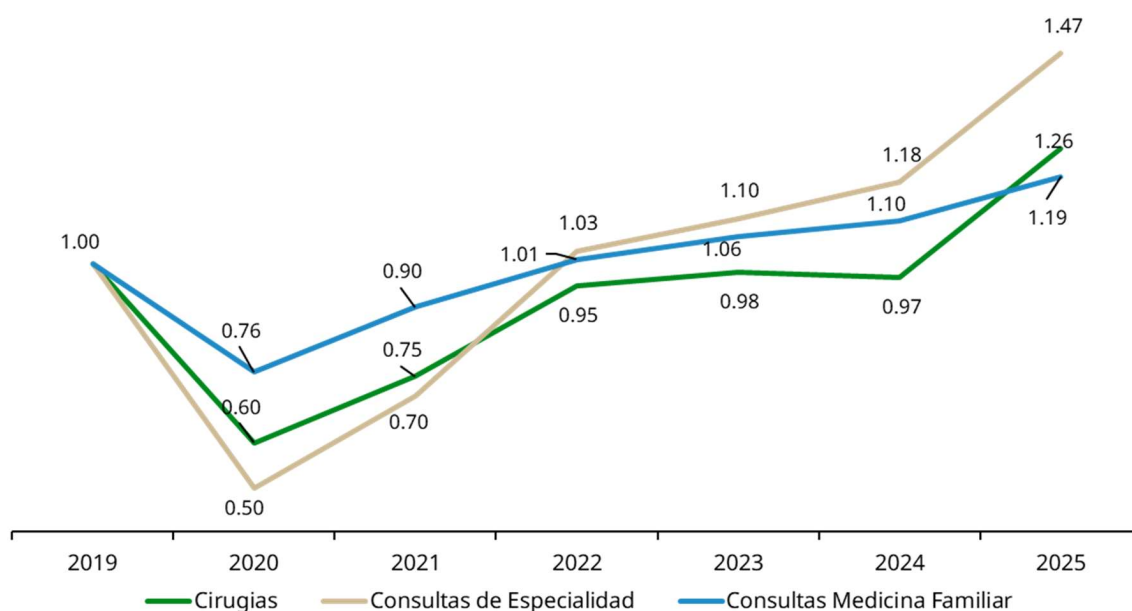
	Productividad 2024	Productividad 2025	Variación	Variación (%)
Cirugías ^{1/}	1.38	1.79	0.41	30%
Consultas de especialidad	23.8	29.6	5.8	24%
Consultas de medicina familiar	96	104.6	8.6	9%

^{1/} No se incluyen los procedimientos secundarios y se incluyen 78,597 cirugías del Programa IMSS Bienestar del periodo enero-diciembre.

Fuente: Dirección de Planeación para la Transformación Institucional, IMSS.

Si bien el cumplimiento de la meta 2-30-100 demandaba 326 mil consultas de especialidad adicionales y 211 mil cirugías más, el ritmo de crecimiento en la prestación de estos servicios superó los registros históricos observados en los años previos, y estos incluyen las acciones realizadas en el periodo de recuperación de servicios posteriores a la pandemia de COVID-19, tal y como puede observarse en la Gráfica V.3.

Gráfica V.3.
Evolución de las consultas de especialidad y cirugías realizadas en el periodo 2019-2025
 (Índice servicios 2019=100)



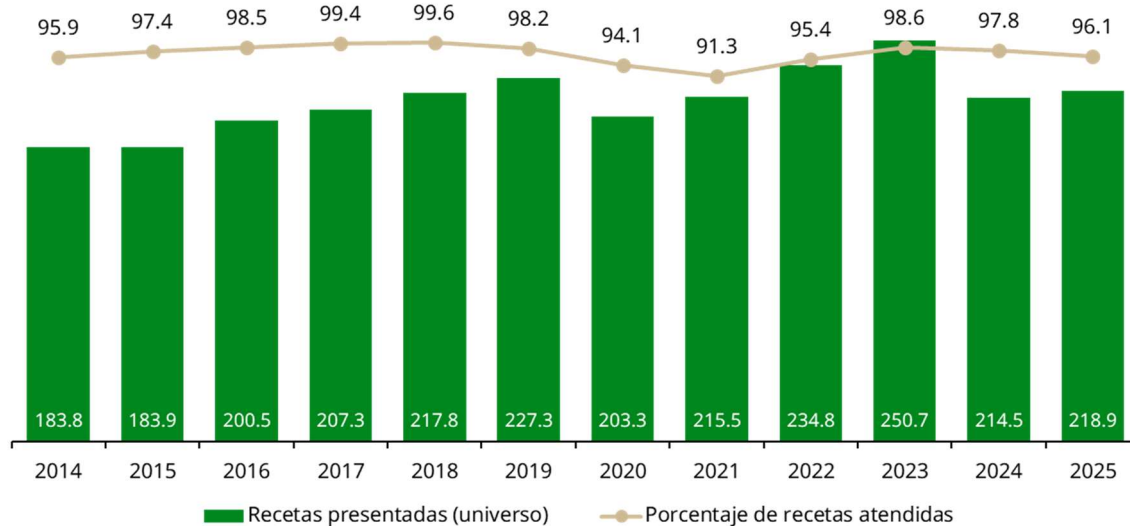
Fuente: Dirección de Planeación para la Transformación Institucional, IMSS.

V.2.2. Medicamentos

Durante 2025 se mantuvieron y fortalecieron las estrategias orientadas a optimizar el abasto de insumos médicos, mediante el suministro oportuno de inventarios en los Órganos de Operación Administrativa Desconcentrada (OOAD) y en las Unidades Médicas de Alta Especialidad (UMAE). En este sentido, se impulsó la mejora continua en la cadena de suministro para fortalecer el reaprovisionamiento y distribución oportuna de los insumos en las unidades médicas.

Dentro de las estrategias implementadas destacan el seguimiento permanente a los OOAD y UMAE a través del monitoreo diario de los inventarios de insumos terapéuticos, la actualización semestral de la demanda, mediante la revisión del Consumo Promedio Mensual (CPM), y la revisión del indicador de atención de recetas (Gráfica V.4). Por otro lado, se reforzó el reaprovisionamiento de inventarios con base en la emisión de órdenes de reposición, la ampliación de la vigencia de contratos derivados de licitaciones del ejercicio anterior, y la autorización de compras locales para aquellas claves que no cuentan con niveles óptimos de inventario.

Gráfica V.4.
Índice nacional de atención de recetas, 2014-2025
(millones de recetas y porcentaje)

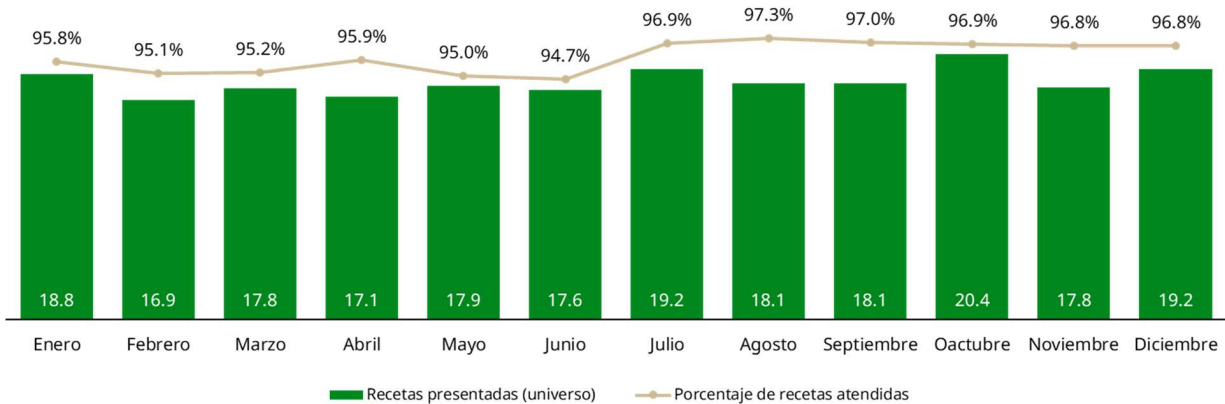


Fuente: Dirección de Administración, IMSS.

Adicionalmente, se definieron e implementaron estrategias de sustitución terapéutica, lo que contribuyó a la continuidad en la atención y disponibilidad de insumos.

La implementación del modelo de contratación consolidada de medicamentos, a cargo de Laboratorios de Biológicos y Reactivos de México, S.A de C.V. (BIRMEX), implicó una reestructuración de los procesos de adquisición, distribución y control logístico de insumos para la salud. Como ocurre en procesos de transición de esta magnitud, durante el ciclo 2025-2026 se identificaron ajustes en los calendarios de licitación y en la operación logística, que incidieron en la continuidad de la cadena de suministro. En este contexto, el IMSS fortaleció los mecanismos de seguimiento, coordinación interinstitucional y gestión de inventarios, con el propósito de mitigar posibles afectaciones en el abasto de medicamentos en unidades médicas y reducir su impacto en el porcentaje de surtimiento de recetas (Gráfica V.5).

Gráfica V.5.
Índice nacional de atención de recetas, 2025
(porcentaje de recetas surtidas 2025)



Fuente: Dirección de Administración, IMSS.

En la compra consolidada sectorial bianual a cargo de la Secretaría de Salud como dependencia coordinadora y BIRMEX como entidad consolidadora, se adjudicaron las siguientes claves para el IMSS (Cuadro V.4):

Cuadro V.4.
Claves adjudicadas, 2025-2026

Concepto	Claves adjudicadas	Piezas adjudicadas (millones)	Monto (millones)
Medicamentos	1,307	1,678	118,976.0
Vacunas	41	16	10,666.1
Material de curación	1,407	763	18,366.5
Total	2,755	2,457	148,008.6

Nota: Las cifras corresponden a los contratos registrados en el Sistema de Abasto Institucional (SAI) en la compra bianual, del 1 de enero al 31 de diciembre de 2025, conforme a la consulta realizada en el Portal de Control de Abasto.
Fuente: Dirección de Administración, IMSS.

V.2.3. Subsidios por incapacidad temporal para el trabajo y por maternidad

El subsidio por incapacidad temporal para el trabajo (ITT) es un mecanismo de protección económica para las personas trabajadoras que enfrentan una incapacidad derivada de accidentes o enfermedades de origen no laboral. Este subsidio cubre el 60 % del último salario diario de cotización registrado y se otorga a partir del cuarto día de incapacidad, siempre que se cumplan los requisitos establecidos en la Ley del Seguro Social (LSS). Su vigencia se extiende hasta la recuperación médica de la persona asegurada o hasta alcanzar el límite máximo previsto por la normativa aplicable.

En determinados casos, este beneficio de carácter temporal puede anteceder al otorgamiento de una pensión definitiva bajo el Seguro de Invalidez y Vida (SIV), funcionando como un mecanismo de transición entre la contingencia inicial y una eventual protección de largo plazo.

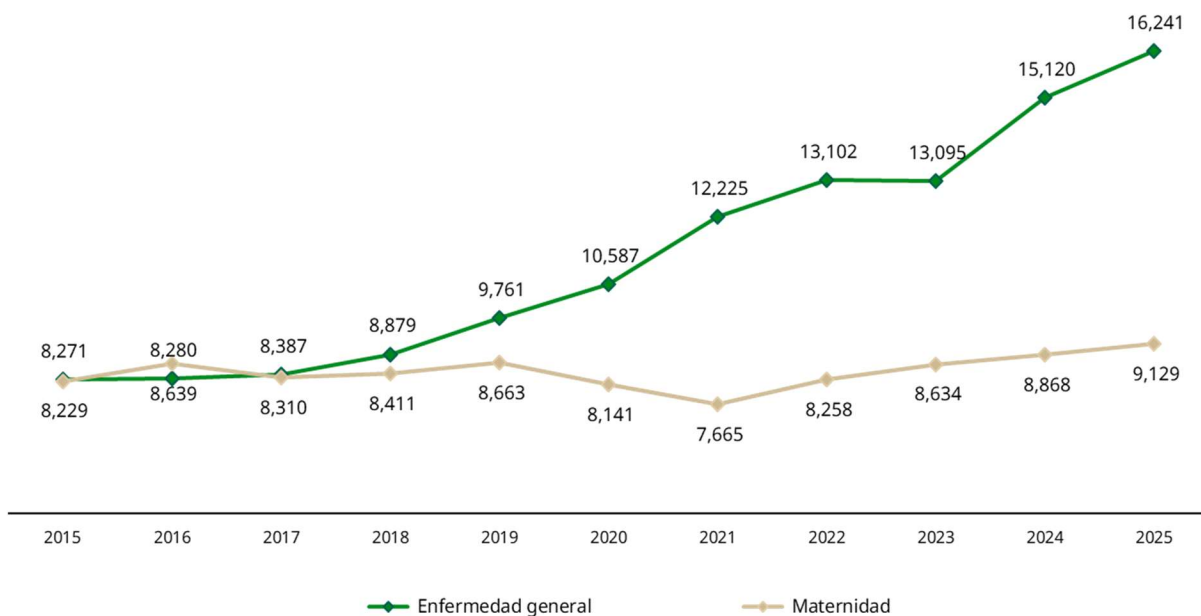
Al cierre de 2025, se observa un incremento en el número de personas aseguradas en el ramo de Enfermedad General, con un crecimiento del 1 % respecto a 2024 (de 21,697,956 a 21,978,781) acompañado

de un aumento en el costo por persona asegurada atendida, el cual se eleva en 9 % (de 4,046 a 4,420 pesos). Este comportamiento refleja no solo la expansión de la población cubierta, sino también una mayor presión en el gasto asociada al incremento en el costo unitario de atención.

Adicionalmente, si bien el número de personas aseguradas atendidas muestra una leve disminución (de 3,756,077 a 3,674,485), se registra un aumento en el total de días subsidiados del 4 % (de 46,880,976 a 48,719,914), lo que sugiere una mayor duración promedio de las incapacidades y contribuye al crecimiento del gasto observado en este seguro.

Por su parte, la incapacidad por maternidad consiste en el otorgamiento de un subsidio equivalente al 100 % del último salario base de cotización, durante un periodo de 84 días naturales que cubre las etapas prenatal y posnatal, mediante la expedición de un certificado único de incapacidad. Al cierre de 2025, el gasto asociado a este concepto registró un incremento real de 7 % respecto al año anterior (Gráfica V.6).

Gráfica V.6.
Gasto en subsidios por enfermedad general y maternidad, 2015-2025
(millones de pesos de 2025)



Fuente: Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales, IMSS.

V.2.4. Prevención de enfermedades

Desde la perspectiva preventiva (Artículo 110 de la LSS), el SEM busca evitar el desarrollo de enfermedades, detectar problemas de salud en etapas tempranas y promover estilos de vida saludable a través de:

- Vacunación: administración de biológicos para prevenir enfermedades infecciosas.
- Chequeos médicos anuales: evaluaciones periódicas para detección oportuna de riesgos de padecimientos crónicos como diabetes, hipertensión y de cánceres, como el de mama y cérvico-uterino.
- Educación para la salud: talleres sobre nutrición, orientación alimentaria y control de peso, salud reproductiva y planificación familiar.

Vacunación

El Programa de Vacunación constituye una de las intervenciones de salud pública de mayor costo-efectividad y éxito.

En 2025 el IMSS aplicó 33'527,934 dosis de vacunas para cumplir con los objetivos de vacunación en 2025 (Cuadro V.5). Las estrategias nacionales de vacunación, en las cuales participan todas las instituciones que integran el Sistema Nacional de Salud, son fundamentales para mantener erradicada la poliomielitis y eliminados del territorio nacional el sarampión, rubéola, síndrome de rubéola congénita y difteria. Asimismo, las acciones mantienen en control epidemiológico otras 15 enfermedades prevenibles con esta intervención, en el ciclo de vida.

Cuadro V.5.
Población y dosis por tipo de vacunas aplicadas, 2025

Biológico	Población	Dosis
Antiinfluenza temporada 2024-2025	12,729,380	12,897,980
Hexavalente acelular	2,147,034	2,147,034
Antineumocócica conjugada	2,862,762	2,862,762
Triple viral (SRP)	1,838,435	1,838,435
Antirrotavirus	1,182,784	1,062,995
DPT (difteria, tosferina y tétanos)	663,146	663,146
Antihepatitis B	1,134,789	1,134,789
BCG (tuberculosis meníngea)	548,111	548,111
Antirrábica humana	82,050	82,050
Otras (incluye COVID-19)	10,290,632	10,290,632
Total	33,479,123	33,527,934

Fuente: Dirección de Prestaciones Médicas, IMSS.

Durante 2025 el IMSS proporcionó una cobertura de vacunación con esquema básico completo en población infantil menor de un año del 94.7 %, lo que representa a 560,226 niñas y niños. Para el grupo de edad de un año, la cobertura fue del 98.29 % (529,240 menores); en el segmento de cuatro años, la cobertura fue del 97.6 % (612,928 infantes) y a los seis años se logró cobertura del 98.9 % (709,647 escolares).

Al cierre de la campaña de vacunación para la Temporada Invernal 2024–2025, el IMSS aplicó 12'897,980 dosis de la vacuna contra la influenza estacional en población objetivo y con factor de riesgo en todo el ciclo de vida, lo cual representó el 101.3 % de la meta establecida, al reducir márgenes de pérdida operativa de biológico; de la misma forma, se aplicaron 2,486,303 dosis de vacuna contra COVID-19, que significó el 98.3 % de la dotación de vacuna al Instituto.

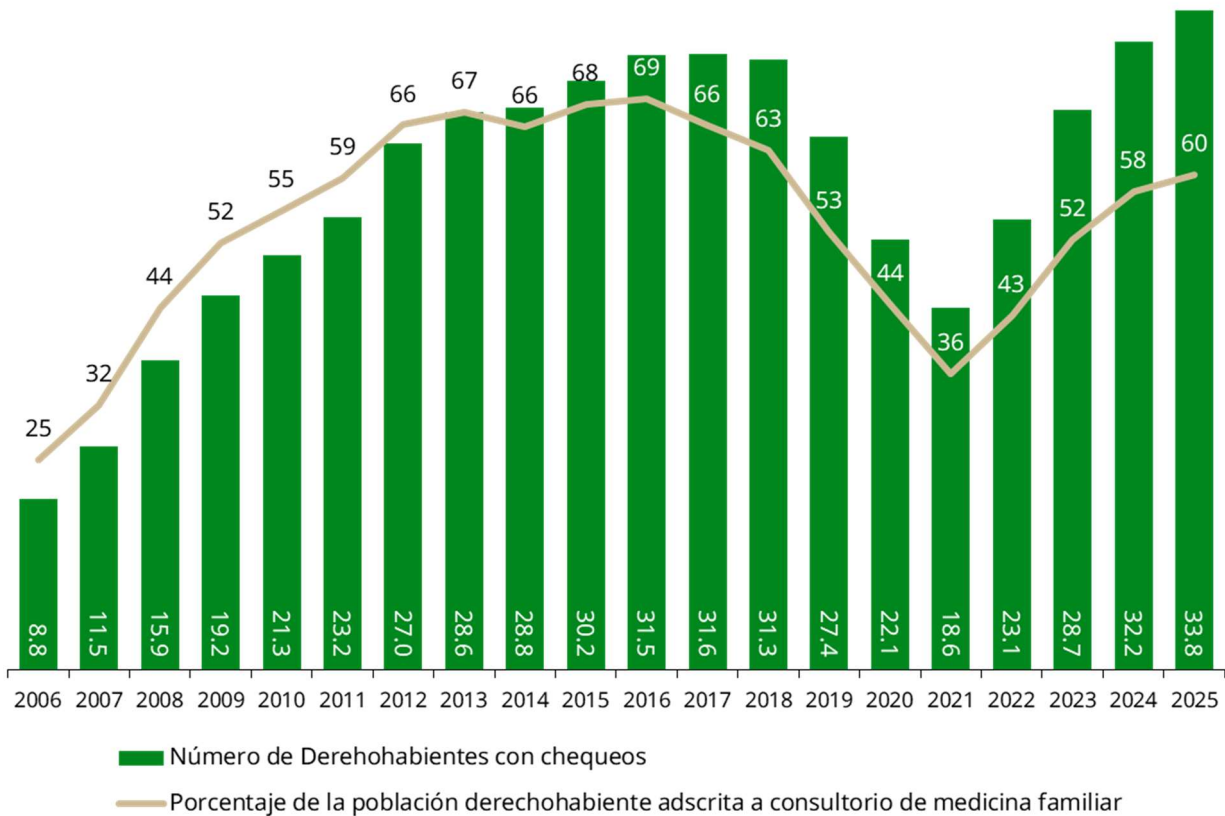
PrevenIMSS

La prevención, entendida como el conjunto de medidas destinadas a reducir el riesgo de aparición de enfermedades, así como detectarlas de manera temprana para detener su avance y atenuar sus consecuencias, es una estrategia primordial para reducir la carga de enfermedad en los sistemas de salud.

El Instituto, a través de los Programas Integrados en Salud (PrevenIMSS) proporciona atención preventiva integral, la cual contempla acciones de promoción de la salud, orientación nutricional, prevención y control de enfermedades, detección oportuna, así como servicios de salud sexual y reproductiva. Estas intervenciones se otorgan conforme a las necesidades específicas de la población, considerando variables como edad y sexo.

Entre los objetivos prioritarios de PrevenIMSS se encuentra ampliar la cobertura de población beneficiaria que recibe atenciones preventivas. En 2025 se alcanzaron 33.8 millones de atenciones, lo cual representa el resultado histórico más alto para este indicador (Gráfica V.7).

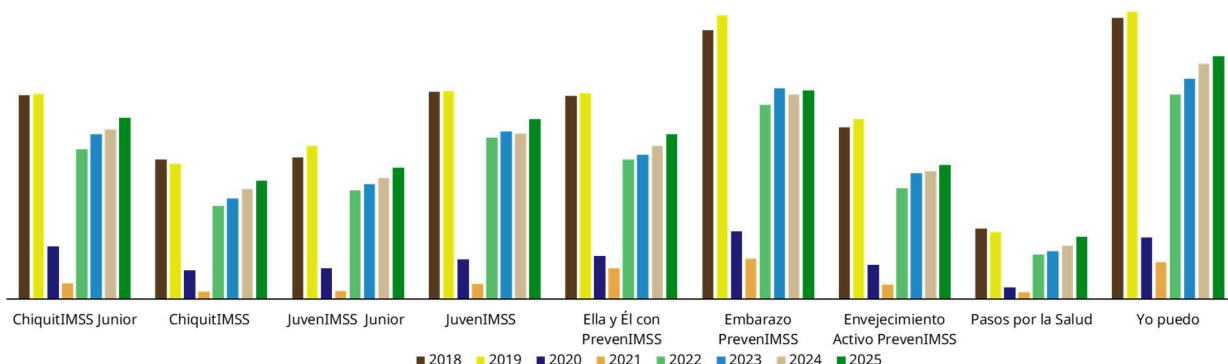
Gráfica V.7.
Derechohabientes que recibieron atención preventiva PrevenIMSS y porcentaje respecto a la población derechohabiente adscrita a consultorio de medicina familiar, 2006-2025
(millones de personas y porcentaje)



Fuente: Dirección de Prestaciones Médicas, IMSS.

Al cierre de 2025, se capacitó a 850,623 personas derechohabientes mediante cursos que forman parte de nueve estrategias educativas de promoción de la salud (Gráfica V.8).

Gráfica V.8.
Estrategias educativas de promoción de la salud, 2018-2025
 (personas capacitadas)



Fuente: Dirección de Prestaciones Médicas, IMSS

PrevenIMSS ha mostrado avances en el control de enfermedades prevenibles por vacunación, pero aún existe la necesidad de brindar prevención primaria y secundaria más efectiva para las enfermedades crónicas no transmisibles ante el perfil epidemiológico actual. El uso de nuevos recursos digitales y la orientación hacia un enfoque más integral que contemple la prevención secundaria y la rehabilitación pueden ayudar a enfrentar los crecientes desafíos que aún enfrenta la estrategia.

En este sentido, el programa NutrIMSS *“Aprendiendo a comer bien”*, consiste en una intervención educativa sobre nutrición y alimentación saludable, así como de seguimiento de cada paciente en la consulta de Nutrición y de Medicina Familiar. El objetivo es que la población cuente con herramientas que le permitan tomar decisiones informadas sobre su estilo de vida. En 2025, se incorporaron 844,519 personas derechohabientes a las sesiones de esta estrategia dirigidas a grupos vulnerables: i) pacientes con enfermedades crónicas (436,939), ii) embarazo y lactancia (140,567), iii) pacientes con diabetes (199,195), y iv) alimentación saludable en la infancia (67,818).

Existen estudios que concluyen que el programa NutrIMSS influye para mejorar los indicadores de salud de la población del programa y que es un aliado en la mejora de la salud de la población derechohabiente del IMSS⁹⁰.

V.2.5. Vigilancia epidemiológica de enfermedades transmisibles

El IMSS realiza vigilancia epidemiológica de enfermedades que por su magnitud y trascendencia representan un problema de salud pública, entre las que destacan: las enfermedades transmitidas por vectores como dengue, rickettsiosis, paludismo, Zika y Chikungunya; enfermedades prevenibles por vacunación como sarampión, rubéola y tos ferina, incluidas las letales como la rabia humana; enfermedades transmitidas por alimentos o agua contaminados como el cólera, y las de transmisión por contacto directo o fómites; influenza, COVID-19 y otros virus respiratorios, así como tuberculosis, VIH, hepatitis viral, Mpox e infecciones asociadas a la atención de la salud (IAAS) (Cuadro V.6).

⁹⁰ Acosta-Gutiérrez MN, Hernández-Torres AP, Escamilla-Núñez MC *et al.* Indicadores básicos de salud en el programa NutrIMSS: estudio retrospectivo. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2023;61(6):728-35. https://revistamedica.imss.gob.mx/index.php/revista_medica/article/view/5209/4729

Cuadro V.6.
Vigilancia epidemiológica de enfermedades transmisibles

Enfermedad	Acciones y resultados 2025
Enfermedades transmitidas por vectores	
Dengue	En 2025 se reportaron 71,295 casos, de los cuales 8,160 se confirmaron por laboratorio y 19,849 casos se estimaron como positivos, lo que representa una incidencia de 35.6 casos estimados por cada 100 mil personas derechohabientes adscritas a médico familiar. La mayor incidencia de casos confirmados se presentó en los grupos de edad de 10 a 24 años.
Rickettsiosis	En 2025, el IMSS notificó al Sistema Especial de Vigilancia Epidemiológica 2,081 casos probables. Se confirmaron por laboratorio 206 casos y ocurrieron 85 defunciones con resultado positivo, con una letalidad de 41.3 por cada 100 casos confirmados. La mayor frecuencia de casos confirmados se encontró en los OOAD del norte del país, principalmente en Sonora, Chihuahua, Baja California, Sinaloa y Nuevo León.
Enfermedades prevenibles por vacunación	
Parálisis flácida aguda (PFA)	En 2005 se registraron 173 casos en menores de 15 años, lo que resulta 39.5 % menos que en 2024. No se ha confirmado ningún caso de poliomiелitis.
Sarampión	En febrero de 2025, inició el brote de sarampión en el país con casos confirmados en Oaxaca y posteriormente se concentraron en Chihuahua. La Coordinación de Vigilancia Epidemiológica del IMSS se integró al Equipo de Respuesta Rápida (ERRA) ante el brote de sarampión sectorial acudiendo a realizar asesorías a los diferentes estados prioritarios. En total en 2025 se notificaron 4,938 casos probables de sarampión/rubéola, equivalentes a un incremento del 75 % en comparación con 2024, año en el que se reportaron 1,236 casos. El grupo de edad más afectado es el de menores a 1 año, con una tasa de incidencia de 21 por 100,000 infantes, continúa el grupo de edad de 1 a 4 años con una tasa de incidencia de 6.8 por 100,000 infantes.
Síndrome Coqueluchoide (SCL)	En 2025 se notificaron 2,370 casos probables de tos ferina, de los cuales 488 fueron confirmados, además de registrarse 22 defunciones. Los OOAD con mayor concentración de casos fueron Ciudad de México Norte, Coahuila, Aguascalientes, Jalisco, Yucatán, Ciudad de México Sur, Guerrero y Nuevo León. En comparación con 2024, los casos probables aumentaron 2.5 veces, los casos confirmados más de tres veces y las defunciones más de cuatro veces respecto al año previo.
Infecciones por bacterias invasivas (IBI)	Durante 2025 se notificaron 487 casos probables de infección por <i>Neisseria meningitidis</i> , <i>Streptococcus pneumoniae</i> y <i>Haemophilus influenzae</i> , lo que representa un incremento del 20 % respecto a los 406 casos registrados en 2024. En 2025 se confirmaron por laboratorio 62 casos, de los cuales 39 fueron positivos a <i>S. pneumoniae</i> , 2 con coinfección de <i>S. pneumoniae</i> y <i>H. influenzae</i> , 2 a <i>N. meningitidis</i> y 16 confirmados a <i>H. influenzae</i> . Los OOAD con casos confirmados fueron: Jalisco (15); Sonora (12); Ciudad de México Sur (9); Ciudad de México Norte y Querétaro (4 casos cada uno); Guerrero y Nuevo León (3 casos cada uno); Quintana Roo, San Luis Potosí y Tabasco (2 casos cada uno); y Chiapas, Chihuahua, México Poniente, Sinaloa y Yucatán (1 caso cada uno).

Cuadro V.6.
Vigilancia epidemiológica de enfermedades transmisibles (continuación)

Otras enfermedades transmisibles	
Tuberculosis	Durante 2025 se notificaron y atendieron 24,267 casos probables de tuberculosis de todas sus formas, con 8,918 confirmados; de estos, el 77.26 % corresponde a la localización pulmonar, forma infectante de la enfermedad, que ingresaron a tratamiento primario. Esto representa una tasa de incidencia de 12.27 por cada 100,000 personas derechohabientes adscritas a Medicina Familiar. De los casos confirmados, el 48.74 % se concentra en 6 OOAD: Nuevo León, Veracruz Norte, Baja California, Tamaulipas, Jalisco y Sinaloa.
Virus de Inmunodeficiencia Humana	En el periodo del 01 de enero al 31 de diciembre de 2025, a través del sistema especial de vigilancia epidemiológica de VIH, se confirmaron 9,717 casos; de los cuales el 48 % se concentró en 8 OOAD: Ciudad de México Norte, Quintana Roo, Veracruz Norte, Estado de México Oriente, Chihuahua, Baja California, Jalisco y Yucatán.
Hepatitis	En el sistema de vigilancia epidemiológica de las hepatitis virales del IMSS, en 2025 se registraron 181 casos confirmados de hepatitis B y 1,524 de hepatitis C y de estos, el 65 % se concentraron en 8 OOAD: Baja California, Estado de México Oriente, Coahuila, Jalisco, Puebla, Sonora, Ciudad de México Norte y Sur. La confirmación diagnóstica de hepatitis C con pruebas de amplificación de ácidos nucleicos (PCR) ha mejorado, al pasar del 42 % en 2021 al 91 % en el cierre de 2025. Dentro de los objetivos principales se incluyen el fortalecimiento de la detección oportuna y la vinculación efectiva a tratamiento antiviral.
Cólera	El IMSS, a través del sistema de vigilancia especial de cólera y NuTraVE en 2025 estudió 20,755 casos de diarrea y probables de cólera, de los que se confirmaron 66 casos de <i>V. cholerae</i> no-O1/negativo-O139 en: Baja California (6), Baja California Sur (2), Campeche (3), Ciudad de México (5), Colima (1), Guanajuato (1), Guerrero (3), Hidalgo (2), Jalisco (2), Estado de México (2), Michoacán (1), Oaxaca (2), Puebla (2), Quintana Roo (1), San Luis Potosí (3), Sinaloa (1), Tabasco (1), Tamaulipas (1), Tlaxcala (2), Veracruz (14) y Yucatán (11); asimismo, se identificó un caso de <i>V. cholerae</i> O1 serotipo Inaba no toxigénico en Poza Rica, Veracruz y un caso de <i>V. cholerae</i> O1 serotipo Ogawa no toxigénico en Ciudad Valles, San Luis Potosí. En 2025, los casos de EDA y probables de cólera estudiados tuvieron una reducción mínima del 0.2 % a nivel nacional con respecto a los casos notificados el año anterior.
Mpox	En 2025 en el IMSS se notificaron 537 casos y se confirmaron 247 casos de Mpox, la incidencia acumulada en el periodo fue de 0.44 por 100 mil personas derechohabientes adscritas a médico familiar. Los casos notificados aumentaron el 41 % y los confirmados 4.0 veces en comparación al año 2024.

Fuente: Dirección de Prestaciones Médicas, IMSS.

Influenza y otros virus respiratorios

En el IMSS, a través del Sistema de Notificación en Línea para la Vigilancia Epidemiológica (SINOLAVE), se estudió 62,167 casos sospechosos de COVID-19 durante 2025, de los cuales 2,440 fueron positivos con 175 defunciones. Es importante resaltar que los datos previos son emitidos operativamente a través de la vigilancia epidemiológica en la modalidad centinela en 121 Unidades de Salud Monitoras de Enfermedad Respiratoria Viral (USMER) y 15 unidades médicas rurales.

Durante el periodo de reporte, el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de influenza notificó 5,442 casos confirmados por laboratorio: 2,605 de influenza tipo A (H1N1), 2,101 de tipo AH3, 33 de tipo A, 685 de tipo

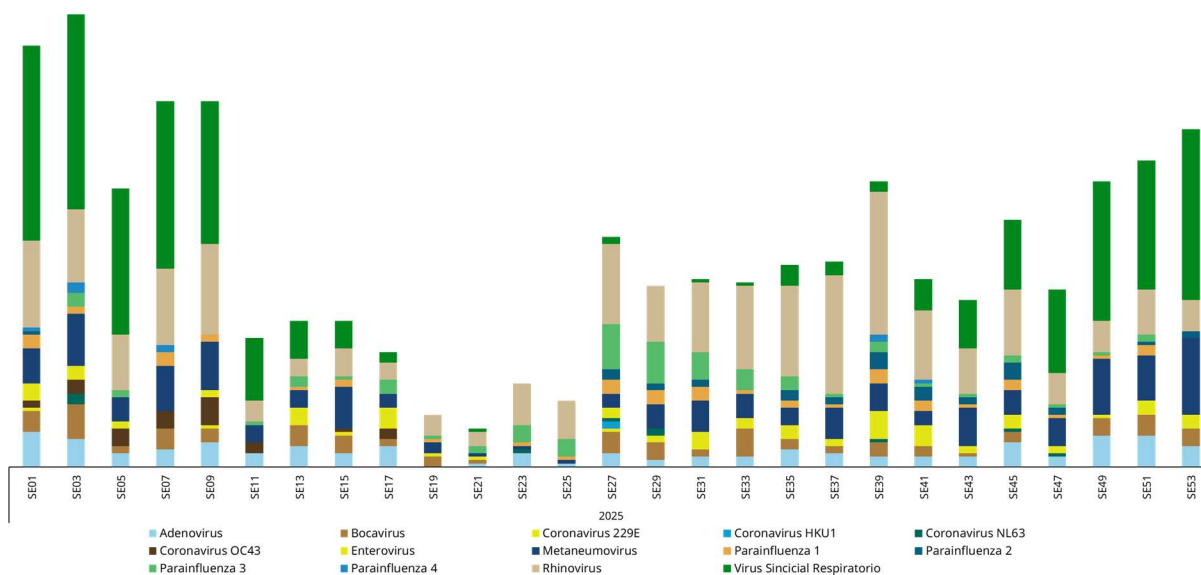
B linaje Victoria, 9 de tipo B y 9 de tipo A H1. Se registraron 3,273 casos que requirieron hospitalización y ocurrieron 301 defunciones. En el periodo se notificaron 48.9 % más casos confirmados en comparación con el mismo periodo del año anterior (2024), 80.5 % más casos hospitalizados, así como un incremento del 82.4 % de las defunciones confirmadas.

En abril de 2025 se reportó el primer caso de influenza H5N1 en el IMSS, correspondiente al OOAD Durango; el paciente fue hospitalizado y egresó por defunción. Al cierre del periodo, no se han reportado casos nuevos y se mantienen acciones de prevención y control tanto en el personal de salud como en la población, en coordinación con la Secretaría de Salud estatal.

Derivado de lo anterior, con el objetivo de fortalecer la identificación oportuna de casos sospechosos de influenza de origen zoonótico, se implementaron actualizaciones en la plataforma SINOLAVE, mediante la incorporación de variables alineadas con la definición operacional de caso. Asimismo, se implementa la vigilancia epidemiológica en modalidad de centinela extendida⁹¹.

También, se identificaron por laboratorio 3,260 casos por otros virus respiratorios; en 55.7 % se identificaron dos virus principalmente: 28.2 % (918 casos) por Rhinovirus, con 52 defunciones confirmadas y 27.6 % (899 casos) por Sincital Respiratorio. (Gráfica V.9).

Gráfica V.9
Casos confirmados de otros virus respiratorios, semanas epidemiológicas 2025
(número de casos)



Fuente: Dirección de Prestaciones Médicas, IMSS.

Vigilancia Epidemiológica en Guarderías

El IMSS realiza la vigilancia epidemiológica activa de padecimientos transmisibles en todas las guarderías de prestación directa e indirecta, con el objetivo de identificar oportunamente casos y brotes, así como implementar medidas de control que limiten su transmisión.

⁹¹ La vigilancia epidemiológica extendida considera la selección de unidades hospitalarias no USMER que concentran un mayor número de casos de neumonía, en relación con el porcentaje de egresos por esta causa observado en unidades USMER. Con base en este criterio, se seleccionaron 132 unidades ordinarias y rurales, las cuales notificarán conforme a la normativa aplicable a unidades USMER exclusivamente en SINOLAVE, manteniendo las reglas de transferencia de información en el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades Respiratorias Virales (SISVER).

De enero a diciembre de 2025 se notificaron 1,679 brotes, de los cuales ocho fueron clasificados como de prioridad moderada. Los principales padecimientos asociados fueron la enfermedad de boca-mano-pie con 989 brotes (59 %), las infecciones agudas de las vías respiratorias superiores con 255 (15.2 %), la varicela con 115 (6.9 %), la conjuntivitis con 60 (3.6 %) y la bronquiolitis con 54 (3.2 %).

En comparación con el mismo periodo del año previo, se observó un incremento de 35 % en la notificación de brotes.

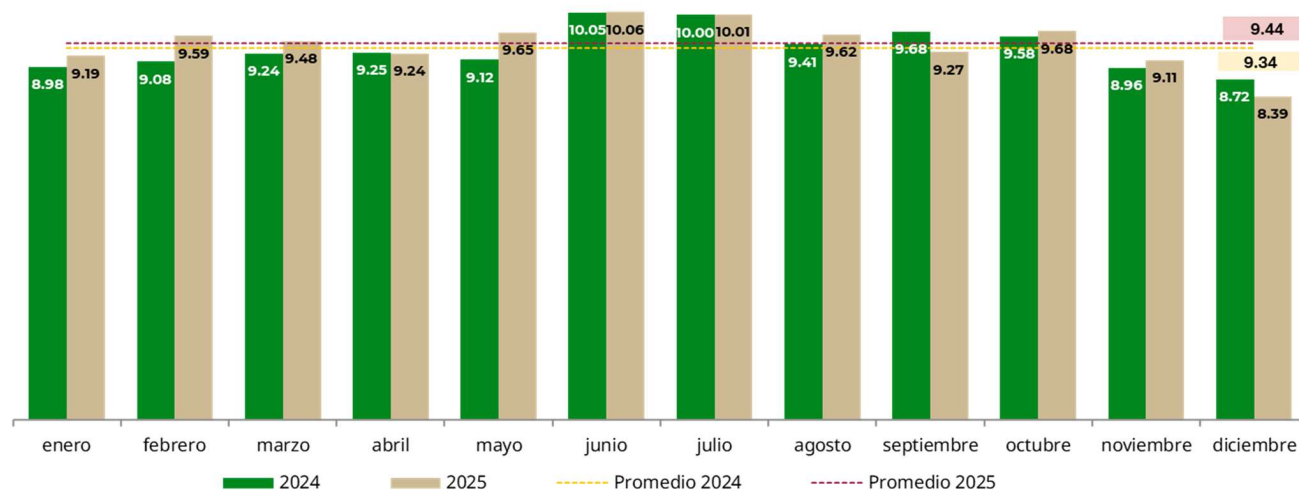
Vigilancia Epidemiológica de Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud

Las IAAS son un reto de salud pública, por lo que es importante realizar la detección y notificación oportuna de las infecciones y brotes, para establecer su abordaje integral e implementar y reforzar estrategias de prevención⁹².

La detección y notificación oportuna de infecciones y brotes es fundamental para gestionar riesgos y aplicar las medidas necesarias para limitar la transmisión, así como establecer y estandarizar prácticas de prevención que coadyuven en la mejora de la calidad y seguridad en la atención médica a pacientes.

El Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las IAAS registró en 2024 una tasa promedio de 9.34 casos por 1,000 días-paciente y de 9.44 al cierre de 2025; lo que refleja un incremento en la notificación y el registro de las infecciones (Gráfica V.10); por otro lado, también se incluyeron 100 unidades a la Red Hospitalaria de Vigilancia Epidemiológica (RHOVE) a los nuevos criterios de clasificación.

Gráfica V.10
Tasa de infecciones asociadas a la atención de la salud por 1,000 días estancia, 2024-2025
(Tasa por 1,000 días)



^{1/} Información cierre 2025

Fuente: Dirección de Prestaciones Médicas, IMSS.

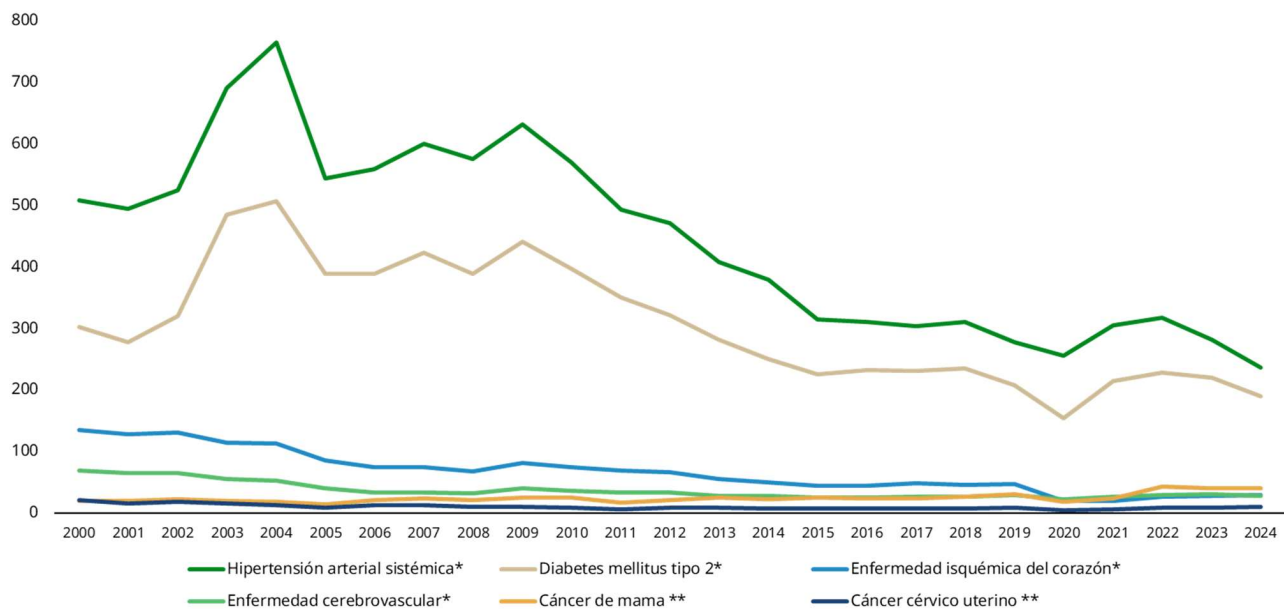
En 2024 se notificaron 335 brotes hospitalarios y 380 en 2025. Además, se realizaron 9 asesorías en atención de brotes.

⁹² Esto a través de los diferentes lineamientos y documentos técnicos, así como de los programas institucionales de prevención y control de infecciones y de higiene de manos.

Vigilancia epidemiológica de enfermedades no transmisibles

El IMSS analiza la evolución de la incidencia de las principales enfermedades no transmisibles que generan una mayor mortalidad, costo, carga de la enfermedad, egresos y consulta externa. En particular, durante el periodo comprendido del año 2000 a 2024, se identifican como enfermedades relevantes la hipertensión arterial sistémica, la diabetes mellitus tipo 2, la enfermedad isquémica del corazón, la enfermedad cerebrovascular, el cáncer de mama y el cáncer cérvico uterino (Gráfica V.11).

Gráfica V.11.
Evolución de la Tasa de incidencia de Enfermedades No Transmisibles
de alto costo en el IMSS, 2000-2024
(Tasa de incidencia x 100,000 Derechohabientes)



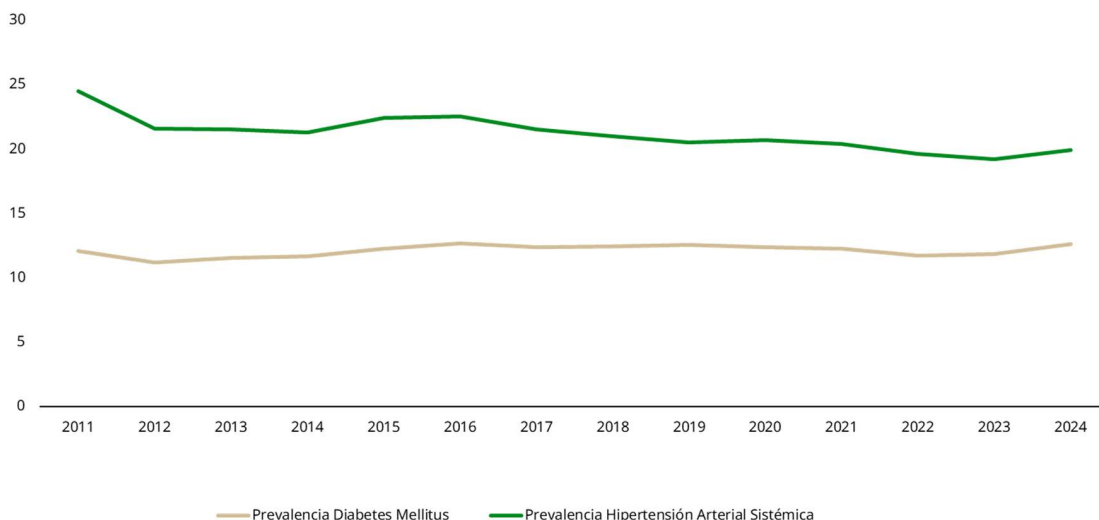
* Tasa x 100,000 personas derechohabientes adscritas a unidad de medicina familiar, ajustada por grupo de edad y sexo con población estándar mundial (OMS 2000-2025).

** Tasa de incidencia por 100,000 mujeres de 25 años y más ajustadas por grupo de edad con la población estándar mundial. (OMS 2000-2025).

Fuente: Dirección de Prestaciones Médicas, IMSS.

La prevalencia de hipertensión arterial en la población derechohabiente de 20 años y más del IMSS durante el periodo de 2011 a 2024 presenta una tendencia descendente, mientras que la prevalencia de la diabetes mellitus tipo 2 muestra un comportamiento más estable, con ligeras oscilaciones y un incremento moderado al final (Gráfica V.12).

Gráfica V.12.
Evolución de la Prevalencia de Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial Sistémica en la población Derechohabiente del IMSS, 2011-2024
(porcentaje)



Fuente: Dirección de Prestaciones Médicas, IMSS.

V.2.6. Factores que presionan la situación financiera del SEM: enfermedades crónicas no transmisibles

En las últimas décadas, la población mexicana ha experimentado una transición epidemiológica caracterizada por un incremento sostenido de las enfermedades crónico-degenerativas, las cuales demandan atención integral, especializada y de largo plazo, así como la necesidad de seguimiento clínico continuo y la alta probabilidad de desarrollar complicaciones que requieren intervenciones de mayor complejidad y costo.

Este fenómeno ha transformado las necesidades de salud de la población y modificado los patrones de utilización de los servicios médicos, lo que genera una presión creciente sobre la capacidad operativa y financiera de las instituciones públicas de salud. Para el IMSS, estos padecimientos representan uno de los principales retos en materia de sostenibilidad financiera.

Entre las enfermedades con mayor impacto se encuentran la diabetes mellitus, la hipertensión arterial sistémica, la insuficiencia renal crónica y diversos tipos de cáncer, las cuales concentran una proporción significativa del gasto médico institucional.

La carga económica asociada a estas enfermedades trasciende los costos directos derivados de consultas, hospitalizaciones, medicamentos y procedimientos terapéuticos. Su atención requiere además inversiones en infraestructura, equipamiento, innovación tecnológica y personal especializado. Asimismo, el envejecimiento de la población derechohabiente, junto con la persistencia de factores de riesgo asociados a estilos de vida poco saludables, contribuyen al aumento de la incidencia y prevalencia de estos padecimientos y, en consecuencia, a una mayor demanda de servicios de salud.

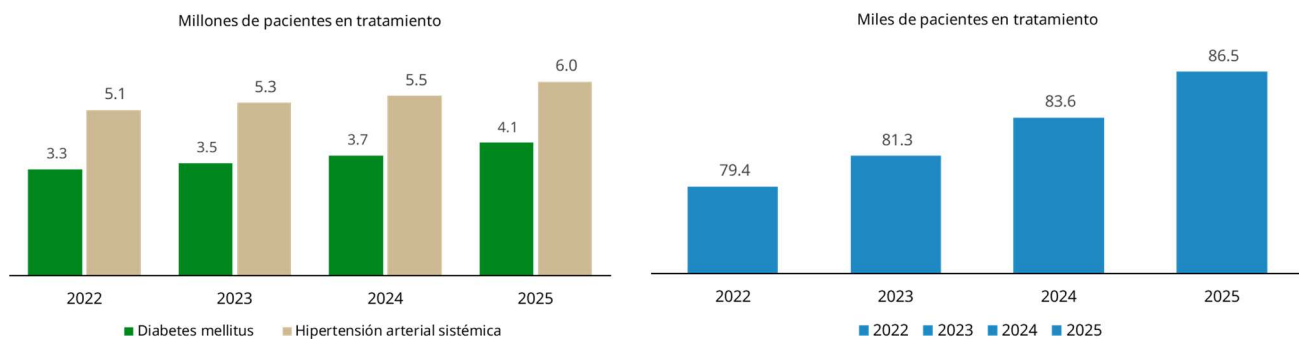
Dado lo anterior, y con el propósito de contar con información que permita fortalecer la planeación financiera institucional, promover una asignación más eficiente de los recursos y respaldar el diseño de estrategias orientadas a la prevención, detección oportuna y control de los padecimientos de mayor impacto, se analiza la estimación del gasto médico correspondiente a 2025 asociado a seis enfermedades crónico-degenerativas prioritarias: diabetes mellitus (DM), hipertensión arterial sistémica (HAS),

insuficiencia renal crónica (IRC), cáncer de mama (CaMa), cáncer de cuello de útero (CaCu) y cáncer de próstata (CaPro).

Gasto por diabetes mellitus, hipertensión arterial sistémica e insuficiencia renal crónica

De acuerdo con la información de los censos institucionales, entre 2024 y 2025 el número de pacientes en tratamiento con diagnóstico de DM, HAS e IRC aumentó el 10.8 %, 7.9 % y 3.4 % respectivamente (Gráfica V.13).

Gráfica V.13.
Número de pacientes en tratamiento de diabetes mellitus, hipertensión arterial sistémica e insuficiencia renal crónica, 2022-2025



Nota: Las cifras de DM, HAS e IRC no son excluyentes; es decir, hay pacientes que presentan dos o más de estas enfermedades de manera simultánea. Por esta razón, una misma persona puede estar registrada en más de un censo.

Fuente: Elaborado por la Dirección de Finanzas, con información de la Dirección de Prestaciones Médicas, IMSS.

En concordancia con los lineamientos establecidos en los Protocolos de Atención Integral (PAI)⁹³, el tratamiento de la DM contempla un esquema terapéutico inicial aplicable a todos los pacientes, al que pueden incorporarse intervenciones adicionales conforme progresa la enfermedad o se presenten complicaciones, como neuropatía o retinopatía diabéticas. De manera similar, el manejo de la HAS parte de un tratamiento basal que se ajusta gradualmente de acuerdo con la evolución clínica y las necesidades particulares de cada paciente.

Se estima que, durante 2025, el gasto por atención médica de pacientes con DM ascendió a 44.0 mil millones de pesos, y con HAS e IRC representó erogaciones por 24.2 mil millones y 36.7 mil millones de pesos, respectivamente. En comparación con los recursos ejercidos el año anterior, estos montos reflejan incrementos del 13.5 % para DM, 5.3 % para HAS y 9.5 % para IRC (Cuadro V.7).

⁹³ Protocolos de Atención Integral, los cuales tienen como objetivo homologar la práctica clínica y optimizar la prestación de los servicios de salud. Asimismo, incorporan acciones orientadas a la promoción de la salud, la prevención, la detección oportuna y la vigilancia de factores de riesgo.

Cuadro V.7.
Gasto por atención médica de diabetes mellitus, hipertensión arterial sistémica e insuficiencia renal crónica, 2022-2025

Padecimiento	2022 (mdp 2023)	2023 (mdp 2024)	2024 (mdp 2025)	2025 (mdp 2026)
Diabetes mellitus ^{1/}	50,619	54,031	38,802	44,028
Hipertensión arterial sistémica ^{1/}	37,969	32,557	22,940	24,158
Insuficiencia renal crónica ^{2/}	21,370	30,197	33,475	36,667
Total	109,958	116,785	95,216	104,852

mdp: millones de pesos.

^{1/} A partir del año 2024, se ajustó la metodología de cálculo para estimar con mayor precisión el costo promedio de la atención ambulatoria de pacientes con DM e HAS y sus complicaciones, con base en los escenarios de tratamiento médico establecidos en los PAI. Por tal motivo, la estimación del gasto no es comparable con la de años anteriores. En congruencia con la actualización metodológica de la estimación de costos, este informe presenta el gasto total consolidado, el cual incluye la atención médica ambulatoria y la hospitalaria.

^{2/} Para 2023 se incluyeron los egresos asociados con insuficiencia renal crónica no especificada (CIE10: N189), que no se contemplaban en los años anteriores en la estimación del gasto.

Fuente: Dirección de Finanzas, IMSS.

Gasto por cáncer de mama, de próstata y de cuello de útero

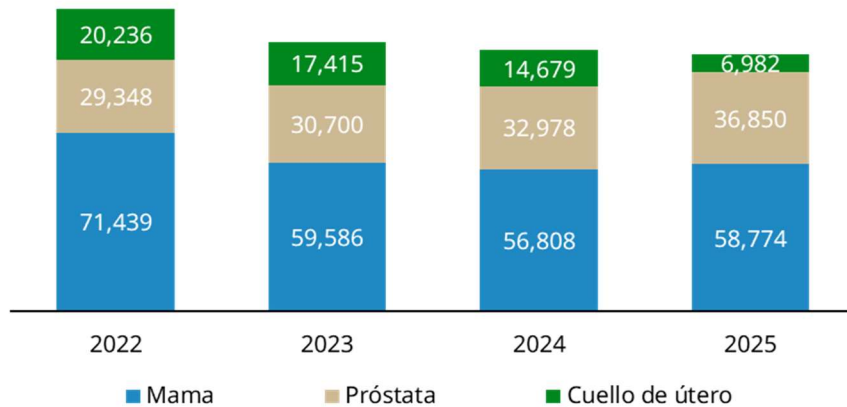
La atención de los padecimientos oncológicos constituye un componente relevante de los servicios médicos otorgados por el SEM, debido a la complejidad de su manejo clínico y a los recursos que demanda su tratamiento. Entre los principales tipos de cáncer atendidos por el Instituto destacan por su prevalencia en la población derechohabiente CaMa, CaCu y CaPro, cuya evolución y comportamiento son objeto de seguimiento permanente para apoyar la planeación de los servicios de salud.

Con el fin de fortalecer la disponibilidad de información para la gestión y evaluación de la atención oncológica, el Instituto mantiene acciones orientadas a la consolidación del Registro Institucional de Cáncer (RIC). Esta herramienta permite integrar, sistematizar y dar seguimiento a la información de los pacientes atendidos por estos padecimientos en las unidades médicas institucionales.

No obstante, mientras continúa el fortalecimiento de los mecanismos de registro y calidad de la información, se realizan estimaciones del número de pacientes atendidos por los principales tipos de cáncer. Con base en dichas estimaciones, se obtuvo que durante 2025 se brindó atención a 102,606 personas derechohabientes con alguno de estos padecimientos oncológicos. En comparación con el año previo, el número de pacientes en tratamiento por CaMa y CaPro aumentó 3.5 % y 11.7 %, respectivamente, y los casos atendidos por CaCu disminuyeron 52.4 %, variación atribuible a la información contenida en el RIC⁹⁴ (Gráfica V.14).

⁹⁴ En años anteriores, el número de pacientes con diagnóstico de CaCu confirmado se obtenía mediante estimaciones basadas en consultas de especialidad otorgadas en el IMSS. Para este ejercicio 2025, estos pacientes se identificaron a partir del RIC, en donde se registra de forma nominal a los nuevos pacientes con cáncer atendidos en el Instituto.

Gráfica V.14.
**Estimación del número de pacientes en tratamiento de cáncer de mama,
 de próstata y cuello de útero, 2022-2025**



Fuente: Dirección de Finanzas, IMSS.

El gasto estimado para la atención de estos padecimientos asciende a 9,086 millones de pesos, monto que representa un incremento del 57.0 % respecto de 2024 (Cuadro V.8). Este aumento se deriva principalmente de la actualización de las cédulas médico-económicas correspondientes a CaMa y a CaPro para incorporar los distintos escenarios de atención contemplados en los PAI.

La actualización de las cédulas permite reflejar con mayor precisión los recursos requeridos a lo largo del proceso de atención, al considerar de manera más amplia las intervenciones diagnósticas, terapéuticas y de seguimiento incluidas en los PAI. En consecuencia, el incremento observado no responde exclusivamente a cambios en el volumen de pacientes atendidos, sino también a una mejor aproximación de los costos asociados a la atención integral de estas enfermedades.

Cuadro V.8.
**Estimación del gasto por la atención médica de cáncer de mama,
 de próstata y cuello de útero, 2022-2025**

Tipo de cáncer	2022	2023	2024	2025
	(mdp 2023)	(mdp 2024)	(mdp 2025)	(mdp 2026)
Mama ^{1/}	4,399	3,121	3,284	4,697
Próstata ^{1/}	2,287	1,921	1,607	3,421
Cuello de útero	1,403	948	894	968
Total	8,089	5,991	5,786	9,086

mdp: millones de pesos.

^{1/} A partir del año 2025, se ajustó la metodología de cálculo para estimar con mayor precisión el costo promedio de la atención, con base en los escenarios de tratamiento médico establecidos en los PAI. En congruencia con esta actualización, se presenta el gasto total consolidado, el cual incluye la atención médica ambulatoria y la hospitalaria.

Fuente: Dirección de Finanzas, IMSS.

Gasto total por enfermedades crónico-degenerativas de alto impacto financiero para el IMSS

La atención de las ECNT continúa siendo uno de los principales desafíos para el sistema de salud, especialmente ante el crecimiento sostenido de la población que requiere atención por estos

padecimientos. En 2025, el gasto destinado a la atención de las seis ECNT analizadas ascendió a 113,939 millones de pesos, monto equivalente al 20.4 % de los ingresos del Seguro de Enfermedades y Maternidad (SEM) (Cuadro V.9). Esta proporción evidencia la relevancia que tienen estas enfermedades sobre la demanda de servicios y los recursos financieros institucionales.

Cuadro V.9.
Pacientes y gasto en la atención de seis enfermedades crónicas no transmisibles de alto impacto financiero, 2025

Enfermedad	Pacientes en tratamiento	Pacientes respecto a población usuaria ^{1/} (%)	Gasto por atención médica (mdp 2026)	Gasto respecto a ingresos del SEM ^{2/} (%)
Hipertensión arterial sistémica	5,985,350	14.32	24,158	4.33
Diabetes mellitus	4,095,816	9.80	44,028	7.89
Insuficiencia renal	86,484	0.21	36,667	6.57
Cáncer de mama	58,774	0.14	4,697	0.84
Cáncer de próstata	36,850	0.09	3,421	0.61
Cáncer de cuello de útero	6,982	0.02	968	0.17
Total			113,939	20.42

^{1/} Al cierre de 2025 se registraron 41,802,606 personas usuarias de medicina familiar.
^{2/} Los ingresos del SEM al cierre de 2025 ascendieron a 557,928 millones de pesos de 2026.
Fuente: Dirección de Finanzas, IMSS.

De acuerdo con lo anterior es necesario fortalecer las acciones de prevención y atención oportuna desde el primer nivel de atención, mediante un enfoque multidisciplinario e integral que favorezca la coordinación entre los distintos niveles de atención y el seguimiento continuo de los pacientes.

En este sentido, la promoción de estilos de vida saludable, la detección temprana de factores de riesgo y el diagnóstico oportuno contribuyen a reducir la incidencia de nuevos casos y a mejorar el control de las personas que viven con estas enfermedades. En conjunto, estas acciones permiten optimizar el uso de los recursos institucionales, mejorar la calidad, oportunidad y continuidad de los servicios, y contribuir a contener el crecimiento de los costos asociados a las ECNT, preservando la capacidad operativa del sistema de salud y favoreciendo una atención de calidad para la población derechohabiente.

V.2.7. Servicio Universal de Salud

El 17 de abril de 2026 se publicó en el Diario Oficial de la Federación el Decreto por el que se crea el Servicio Universal de Salud (SUS), como un mecanismo obligatorio de coordinación e integración operativa entre las instituciones públicas federales que prestan servicios de salud y las entidades federativas que se adhieran a este. Su objetivo es impulsar el acceso universal, progresivo, efectivo, oportuno, continuo, de calidad y sin discriminación a los servicios de salud, considerando el nivel de atención médica requerido por la población, así como la capacidad instalada, financiera y presupuestaria de cada institución participante.

El SUS se integra como una red de prestación de servicios de salud conformada por el IMSS, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), los Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar (IMSS-BIENESTAR), los hospitales y unidades médicas de Petróleos Mexicanos (PEMEX), los Hospitales Federales de Referencia, los Institutos Nacionales de Salud, las unidades médicas a cargo de la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales

de Alta Especialidad y las demás instituciones públicas que se adhieran conforme a las reglas aplicables. La operación de esta red se realizará mediante el intercambio de servicios de salud, bajo criterios de capacidad instalada y resolutive disponible, especialidad, regionalización, reciprocidad y seguridad del paciente, sin comprometer la operación sustantiva de cada institución.

Uno de los propósitos del SUS es mejorar el aprovechamiento de la capacidad instalada del Sistema Nacional de Salud. En el caso del IMSS, las personas derechohabientes del Instituto podrán acceder, conforme a los lineamientos que se emitan, a los servicios considerados dentro del SUS en unidades médicas de otras instituciones públicas, lo que podría contribuir a mejorar la oportunidad de la atención, reducir diferimientos y disminuir la presión sobre unidades médicas con alta demanda. Por otra parte, el IMSS podrá poner a disposición de la red sectorial su capacidad instalada disponible para otorgar servicios a población distinta de su derechohabiencia, siempre que ello sea compatible con su capacidad operativa, financiera y presupuestaria, y sin menoscabo de la calidad de los servicios que debe brindar a su población derechohabiente.

La operación del SUS también considera elementos para fortalecer la coordinación interinstitucional, entre ellos la conformación de comités especializados, la emisión de lineamientos de acceso y operación, el desarrollo de una aplicación digital de salud, la credencialización, la integración de un padrón nacional y la portabilidad de la información de salud mediante expediente clínico electrónico. Estos instrumentos permitirían mejorar la trazabilidad de las atenciones, facilitar la continuidad de tratamientos y fortalecer los mecanismos de registro, validación y conciliación entre instituciones.

Desde la perspectiva financiera, el decreto prevé que el intercambio de servicios opere mediante un esquema de compensación presupuestaria y financiera entre las instituciones participantes. Bajo este mecanismo, la institución a la que pertenezca la persona que recibe la atención deberá compensar los gastos correspondientes a la institución que otorgue el servicio. Para ello, la Secretaría de Salud, a través de la Subsecretaría de Integración Sectorial y Coordinación de Servicios de Atención Médica, en coordinación con el IMSS, IMSS-BIENESTAR, ISSSTE y PEMEX, y con la aprobación de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, definirá los instrumentos jurídicos, procedimientos y mecanismos necesarios para su operación.

Una adecuada implementación del esquema de compensación financiera previsto en el decreto de creación del SUS permitirá al IMSS recuperar, de manera trazable y conforme a los procedimientos de registro, validación y conciliación que se establezcan, los costos asociados a las atenciones que brinde a población distinta de su derechohabiencia. Asimismo, el Instituto deberá prever los recursos necesarios para cubrir las compensaciones que correspondan por los servicios que reciban sus personas derechohabientes en unidades médicas de otras instituciones públicas. En este sentido, el decreto establece que las instituciones que integren el SUS deberán prever anualmente en sus presupuestos los recursos necesarios para cubrir dichas compensaciones, así como restituir de manera oportuna las erogaciones por servicios prestados a población distinta de su población objetivo, con una periodicidad mínima mensual.

En consecuencia, la adecuada definición de costos, registros, mecanismos de validación, reglas de conciliación, periodicidad de pago y suficiencia presupuestaria será indispensable para que el intercambio de servicios fortalezca la continuidad y oportunidad de la atención, sin generar presiones financieras adicionales para el SEM, ni para la operación institucional.

La implementación del SUS se realizará de manera progresiva. En una primera etapa, a partir del 1 de enero de 2027, se priorizarán servicios como urgencias, atención de embarazos de alto riesgo, Código Infarto, Código Cerebro, continuidad de tratamientos ambulatorios que no pueden interrumpirse,

vacunación universal y consultas de atención primaria. En una segunda etapa, prevista a partir del 1 de julio de 2027, se incorporarán servicios como estudios de laboratorio y gabinete, así como sesiones de radioterapia. Las instituciones de seguridad social que formen parte del SUS conservarán sus atribuciones propias conforme a sus leyes respectivas, por lo que la operación del esquema deberá articularse con el marco jurídico y financiero aplicable al IMSS.

V.3. Esquema de financiamiento

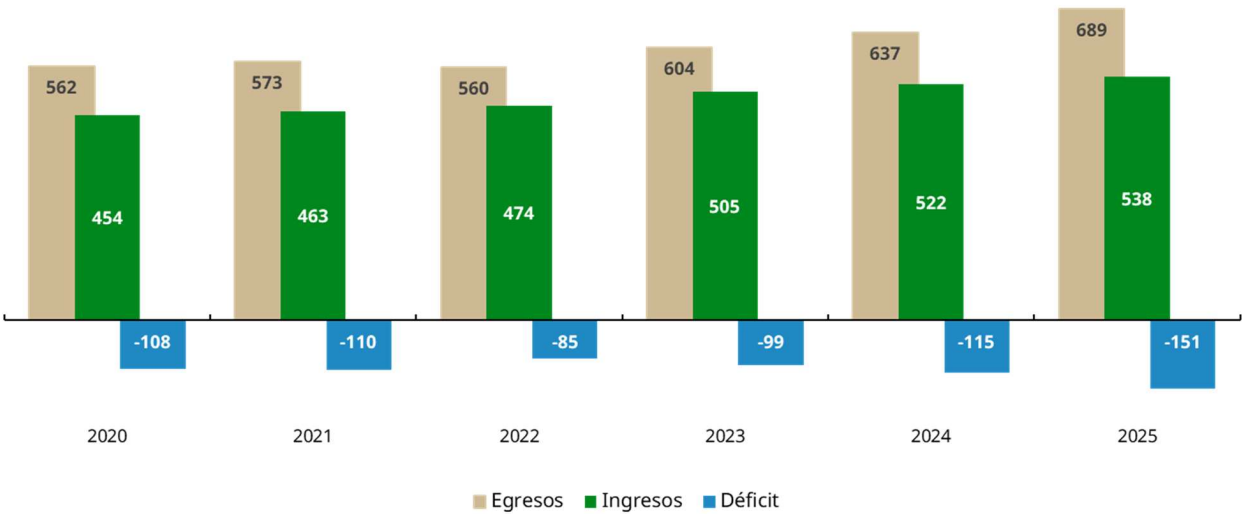
Las prestaciones que del Seguro de Enfermedades y Maternidad (SEM) se otorgan bajo las coberturas de Asegurados (SEM-Asegurados) y de Gastos Médicos para Pensionados (SEM-GMP). A través de ellas se otorgan prestaciones en especie y en dinero a las personas aseguradas, pensionadas y a sus familiares con derecho, en los casos previstos por la LSS.

El financiamiento de las prestaciones en especie, en dinero y los gastos de administración del seguro se realiza con aportaciones de las personas empleadoras, las personas trabajadoras y el Gobierno Federal, conforme a lo establecido en la LSS. En el Anexo A de este Informe se describe el esquema de financiamiento de cada cobertura.

V.4. Evolución de ingresos y egresos

De 2020 a 2025, el SEM registró un resultado deficitario. Los ingresos crecieron a una tasa promedio anual real de 3.5 %, mientras que los gastos lo hicieron en 4.2 %. Durante todo el periodo, los gastos superaron a los ingresos, lo que generó un déficit operativo que equivale al 23 % de los ingresos. Asimismo, el déficit registrado en 2025 fue 40.3 % superior al registrado en 2020 (Gráfica V.15).

Gráfica V.15
Ingresos, egresos y déficit del Seguro de Enfermedades y Maternidad, 2020-2025
(miles de millones de pesos de 2025)



Fuente: Dirección de Finanzas, IMSS.

Grupos de población con afiliación al Seguro de Enfermedades y Maternidad

Población afiliada	Año de inicio	Financiamiento ^{1/}	Cuota anual 2025 (pesos)	Prestaciones en especie
Estudiantes ^{2/}	Junio 1987	1.723% UMA (SHCP)	711	• Asistencia médica, quirúrgica, farmacéutica y hospitalaria • Asistencia obstétrica para la población de estudiantes aseguradas.
Jóvenes Construyendo el Futuro	Enero 2019	2.29% UMA (STPS)	945.12	· Asistencia médico-quirúrgica, farmacéutica, hospitalaria, asistencia obstétrica, aparatos de prótesis, ortopedia y rehabilitación.

¹⁷ Según el Acuerdo ACDO.SA2.HCT.250117/26.P.DJ 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; antes de esta fecha era el Salario Mínimo General del Distrito Federal.

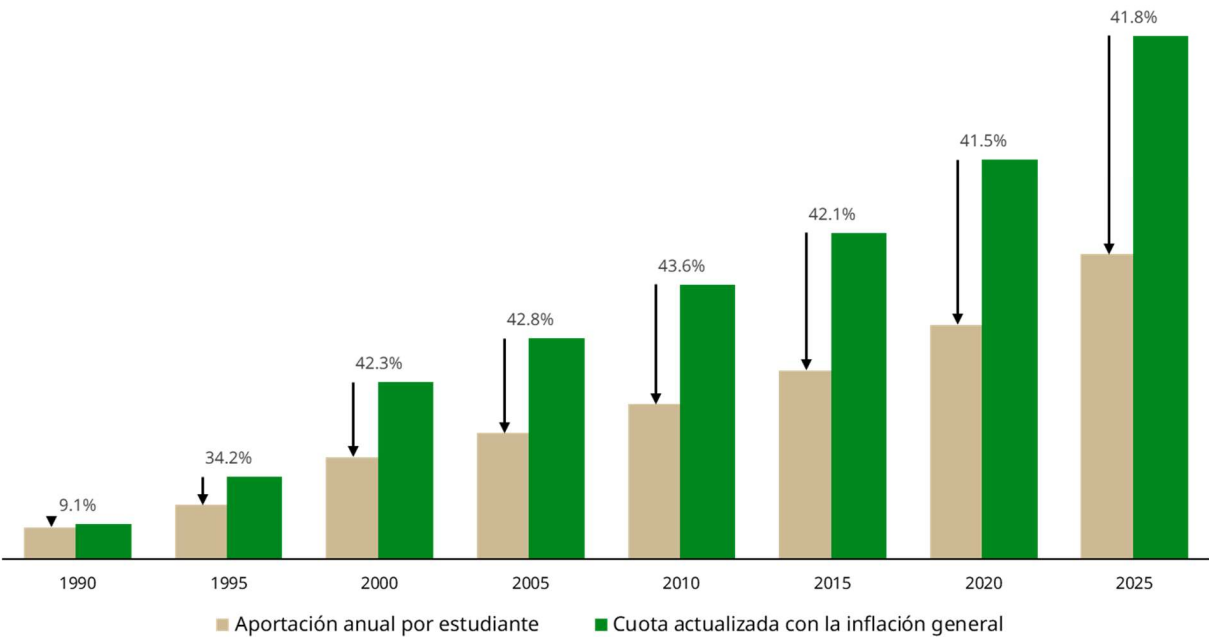
²⁷ Decreto por el que se incorporan al Régimen Obligatorio del Seguro Social, por lo que corresponde a las prestaciones en especie del Seguro de Enfermedades y Maternidad, a las personas que cursen estudios de los tipos medio superior y superior en instituciones educativas del Estado y que no cuenten con la misma o similar protección por parte del propio Instituto o cualquier otra institución de seguridad social.

Fuente: Dirección de Finanzas, IMSS.

En particular, en el caso de los estudiantes, la aportación anual establecida en 1989 correspondía a 63 pesos por estudiante, mientras que en 2025 asciende a 711 pesos; sin embargo, este crecimiento es menor a la inflación observada en ese periodo, lo cual se explica porque algunos años el crecimiento del salario mínimo fue inferior a la inflación. De haberse actualizado la cuota conforme a la inflación, su valor en 2025 sería de 1,222 pesos. La cuota establecida actualizada con inflación tendría en 1990 una diferencia de 9.1 % y en 2025 de 41.8 %, lo que refleja una pérdida acumulada del valor de la aportación por estudiante (Gráfica V.16).

⁹⁵ El Gobierno Federal, a través de la SHCP cubre la cuota para estudiantes, mientras que para el programa de Jóvenes construyendo el futuro las cuotas son enteradas por la Secretaría del Trabajo y Previsión Social (STPS).

Gráfica V.16.
Poder adquisitivo de la aportación anual por estudiante, 1990-2025
(cuota anual unitaria del Gobierno Federal a pesos corrientes)



Fuente: Dirección de Finanzas, IMSS.

Se observa que existe un déficit entre las aportaciones del Gobierno Federal y el gasto ejercido para la atención de los estudiantes y de las personas beneficiarias del Programa Jóvenes Construyendo el Futuro. Dicho déficit se estima en 1.5 veces la prima actual en el primer caso, y a 3.3 veces en el segundo.

V.5. Situación financiera del Seguro de Enfermedades y Maternidad

La situación financiera del SEM al cierre de 2025 se muestra a través del Estado de Actividades. Adicionalmente, y para el periodo de 2026-2055, se realizan proyecciones de los ingresos y gastos estimados para las coberturas del SEM-Asegurados y del SEM-GMP.

V.5.1. Estado de Actividades

El Estado de Actividades del Seguro de Enfermedades y Maternidad para el ejercicio 2025, elaborado con base en el artículo 277 E de la LSS, muestra que los gastos son superiores a los ingresos en 151,127 millones de pesos (Cuadro V.11).

Cuadro V.11.
Estado de Actividades del Seguro de Enfermedades y Maternidad, 2025
(millones de pesos corrientes)^{1/}

Concepto	
Ingresos y otros beneficios	
Ingresos de la gestión	
Cuotas y aportaciones de seguridad social	501,618
Ingresos por venta de bienes y prestación de servicios	5,052
Total de ingresos de gestión	506,670
Otros ingresos y beneficios	
Ingresos financieros	10,257
Incremento por variación de inventarios	7,454
Disminución del exceso de estimaciones por pérdida o deterioro u obsolescencia	806
Disminución del exceso de provisiones	92
Otros ingresos y beneficios varios	12,742
Total de otros ingresos y beneficios	31,351
Total de ingresos y otros beneficios	538,021
Gastos y otras pérdidas	
Gastos de funcionamiento	
Servicios personales	294,559
Materiales y suministros	101,099
Servicios generales	79,234
Total de gastos de funcionamiento	474,892
Transferencias, asignaciones, subsidios y otras ayudas	
Subsidios y subvenciones	-
Ayudas sociales	2,679
Pensiones y jubilaciones	164,456
Transferencias a fideicomisos, mandatos y contratos análogos	31
Donativos	18
Transferencias al exterior	73
Total de transferencias, asignaciones, subsidios y otras ayudas	167,257
Otros gastos y pérdidas extraordinarias	
Estimaciones, depreciaciones, deterioros, obsolescencia y amortizaciones	18,496
Provisiones	12,830
Disminución de inventarios	12,030
Aumento por insuficiencia de estimaciones por pérdida o deterioro u obsolescencia	-
Otros gastos	3,642
Total de otros gastos y pérdidas extraordinarias	46,998
Total de gastos y otras pérdidas	689,148
Resultado del ejercicio (ahorro/desahorro)	-151,127

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

Fuente: a partir de los Estados Financieros dictaminados al 31 de diciembre de 2025, Dirección de Finanzas, IMSS.

V.5.2. Situación financiera de largo plazo

La evaluación financiera del SEM para el periodo 2026-2055 tiene como propósito verificar la capacidad de los ingresos y de sus reservas, para cubrir las prestaciones en especie, en dinero y los gastos de administración del seguro. Para ello, se realiza una valuación actuarial bajo dos escenarios de proyección:

- Escenario Base: considera la proyección de la población asegurada, pensionada y beneficiaria, así como de los ingresos y gastos asociados al otorgamiento de las prestaciones y a la administración del seguro. Además, incorpora supuestos demográficos, económicos y financieros que se ajustan al comportamiento observado de años recientes, entre los cuales se incluyen los relacionados con la eficiencia en el gasto de los rubros de Materiales y Suministros y de Servicios Generales (Cuadro V.12), esto con el propósito de reflejar reducciones en los costos de adquisición y contratación derivadas de medidas de gestión y administración del gasto.

Cuadro V.12
Supuesto de eficiencias para los conceptos de gasto médico
(porcentajes)

Concepto	Eficiencias
Materiales y Suministros	
Viveres (alimentos y utensilios)	5.0
Medicamentos y material de curación	5.5
Ropa hospitalaria y blancos (vestuario, blancos, prendas de protección y artículos deportivos)	5.0
Servicios Generales	
Servicios Médicos y Médicos Integrales	7.5
Servicios de Vigilancia	5.0
Lavandería	5.0
Viáticos (servicios de traslados)	5.0

Fuente: Dirección de Finanzas, IMSS.

- Escenario de Riesgo: evalúa el efecto de la variación en algunos de los supuestos del escenario base, siendo estos: i) una reducción en los ingresos derivado de un entorno económico adverso⁹⁶; y ii) un aumento en la esperanza de vida de las personas pensionadas. Este supuesto se evalúa sustituyendo las probabilidades de muerte del escenario base⁹⁷ por probabilidades asociadas a un escenario de menor mortalidad⁹⁸.

El análisis de la suficiencia financiera bajo los escenarios planteados se efectúa a partir de los ingresos y gastos proyectados, así como de la comparación entre la prima de financiamiento establecida en la LSS,

⁹⁶ Para ello, se supone una disminución en el tiempo promedio de cotización de las personas aseguradas, pasando de 337 a 324 días en promedio anual.

⁹⁷ Experiencia Demográfica de Mortalidad para no inválidos hombres y mujeres (EMSSAH-09) publicadas por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas en la Circular Única de Seguro (Anexo 14.2.5-a), proyectada con mejoras en la mortalidad por edad y año de cálculo conforme a la Disposición 14.2.7. Esta deberá aplicarse para reflejar las tasas de mortalidad de personas aseguradas no inválidas del sexo masculino y femenino, para las pensiones otorgadas por el IMSS. Para estas probabilidades, la esperanza de vida a la edad de 65 años es de 84.3 años para la población masculina y de 86.8 años para la población femenina.

⁹⁸ Experiencia Demográfica de Mortalidad para no inválidos hombres y mujeres (EMSSAH-RCS-09) publicadas por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas en la Circular Única de Seguro (Anexo 14.2.6-a), proyectada con mejoras en la mortalidad por edad y año de cálculo, conforme a la Disposición 14.2.7. Esta deberá aplicarse para reflejar las tasas de mortalidad de asegurados no inválidos del sexo masculino y femenino, para las pensiones otorgadas por el IMSS. Para estas probabilidades la esperanza de vida a la edad de 65 años es de 87.0 años para la población masculina y de 88.5 años para la población femenina.

expresada como porcentaje del salario base de cotización, y la prima de equilibrio estimada⁹⁹ en el Balance Actuarial.

En el escenario base, los resultados de la evaluación financiera para el periodo 2026-2055 (Cuadro V.13), muestran que los ingresos y gastos del seguro son crecientes, con una variación promedio real anual de 2.7 % y 2.9 %, respectivamente. De estos resultados, se estima que la prima de financiamiento del SEM, expresada como porcentaje del SBC pasará de 9.5 % del volumen de salarios en 2026 a 8.4 % en 2055, y la prima promedio anual para el periodo es de 8.9 %.

En valor presente el gasto de las prestaciones en especie representa el 75 % del gasto total, y éste supera a los ingresos en 1.4 veces, lo cual indica que el déficit de este seguro aumenta conforme avanza el tiempo.

Cuadro V.13
Resumen de las proyecciones financieras del
Seguro de Enfermedades y Maternidad, 2026-2055

(millones de pesos de 2026)

Concepto	2026	2031	2036	2041	2046	2051	2055	Valor presente
Ingresos (a)								
Ingresos ^{1/}	562,126	642,375	740,391	859,501	995,073	1,131,634	1,215,833	16,456,453
Gastos								
Prestaciones en especie ^{2/}	494,275	613,812	756,745	920,297	1,088,079	1,269,192	1,409,440	17,100,792
Prestaciones económicas ^{3/}	28,836	31,506	37,938	45,877	55,012	64,413	70,074	872,693
Inversión física	32,638	4,585	4,585	4,585	4,585	4,585	4,585	149,033
Gastos de administración ^{4/}	185,646	199,348	218,670	228,175	229,697	223,300	212,416	4,324,902
Provisiones ^{5/}	-3,683	26,274	49,433	2,271	2,266	2,275	2,287	385,208
Total del gasto (b)	737,712	875,526	1,067,370	1,201,206	1,379,639	1,563,766	1,698,802	22,832,628
Superávit/ (Déficit)^{6/} (a)-(b)	-175,585	-233,151	-326,979	-341,704	-384,567	-432,132	-482,969	-6,376,175

^{1/}Incluye los ingresos por cuotas obrero-patronales, contribución del Gobierno Federal, otros ingresos (productos financieros, capitales constitutivos, recuperación de adeudos y pagos de nómina asociados al Régimen de Jubilaciones y Pensiones del extinto Programa IMSS-Bienestar, aportación de la población trabajadora al Fondo de Jubilación y otros).

^{2/}Para efectos de la evaluación de la situación financiera de este seguro se incluye el gasto de servicios de personal asociado a la atención médica, así como los rubros de materiales, suministros y servicios generales.

^{3/}Incluye el gasto en subsidios por enfermedad general y maternidad y ayudas para gastos de funeral.

^{4/}Se refiere al gasto de administración que se genera por el otorgamiento de las prestaciones en dinero y en especie, y se integra a partir de la proporción del gasto que se asigna a este seguro de los siguientes rubros: i) servicios de personal y pasivos laborales del IMSS en su carácter de patrón por jubilaciones y pensiones.

^{5/} Se refiere a las provisiones para la operación.

^{6/} Al sumar al valor presente del déficit (6,376 miles de millones de pesos) el saldo de la Reserva Financiera y Actuarial del SEM (129 miles de millones), el resultado coincide con el que se muestra para este seguro en los cuadros II.16 y II.17 del capítulo II de este Informe, que asciende a 6,248 miles de millones (por motivos de redondeo las cifras no suman el total).

Fuente: Dirección de Finanzas, IMSS.

La evaluación de la situación financiera del seguro para un horizonte de 30 años, presentada en el Balance Actuarial (Cuadro V.14), muestra que el valor presente del activo¹⁰⁰ no cubre el costo de las prestaciones valuadas y de los gastos asociados a este seguro. En promedio, los ingresos por cuotas y aportaciones financian el 69 % del gasto en valor presente. La prima de equilibrio se estima en 12.94 % del

⁹⁹ Es la prima necesaria que permite equilibrar la captación de ingresos con los gastos esperado. Dicha prima resulta de dividir el valor presente del gasto total entre el valor presente del volumen de salarios.

¹⁰⁰ Integrado por el saldo de la Reserva Financiera y Actuarial a diciembre de 2025 (124,081 millones de pesos), actualizada a 2026 con la inflación estimada de ese año y sin considerar aportaciones, más el valor presente de los ingresos por cuotas y aportaciones.

salario base de cotización, la cual está por encima en 4.0 puntos porcentuales de la prima de financiamiento promedio anual del periodo de análisis (8.9 %).

Cuadro V.14
Balance Actuarial a 30 años del Seguro de Enfermedades y Maternidad, 2026

(millones de pesos de 2026)

Activo	Porcentaje de VPSF		Pasivo	Porcentaje de VPSF	
Saldo de la Reserva al 31 de diciembre de 2025 ^{1/} (1)	128,672	0.07	Prestaciones en especie ^{2/} (7)	17,100,792	9.69
Aportaciones Futuras ^{3/} (2)	15,765,426	8.93	Prestaciones económicas ^{5/} (8)	872,693	0.49
Otros ingresos ^{4/} (3)	691,027	0.39	Inversión física (9)	149,033	0.08
Subtotal (4)=(1)+(2)+(3)	16,585,125	9.40	Gastos de administración ^{6/} (10)	4,324,902	2.45
Superávit/ (Déficit) (5)=(4)-(11)	-6,247,503	-3.54	Provisiones ^{7/} (11)	385,208	0.22
Total (6)=(4)-(5)	22,832,628	12.94	Total (12)=(7)+(8)+(9)+(10)+(11)	22,832,628	12.94

VPSF: Valor presente de los salarios futuros.

^{1/} Reserva Financiera y Actuarial del Seguro de Enfermedades y Maternidad al 31 de diciembre de 2025, (124,081 millones de pesos), actualizada a diciembre de 2026 con la inflación estimada y sin considerar aportaciones.

^{2/} Para efectos de la evaluación de la situación financiera de este seguro se incluye el gasto de servicios de personal asociado a la atención médica, así como los rubros de materiales, suministros y servicios generales.

^{3/} Incluye los ingresos por cuotas obrero-patronales y contribuciones del Gobierno Federal.

^{4/} Incluye otros ingresos (productos financieros, capitales constitutivos, recuperación de adeudos y pagos de nómina asociados al Régimen de Jubilaciones y Pensiones del extinto Programa IMSS-Bienestar, aportación de la población trabajadora al Fondo de Jubilación y otros).

^{5/} Incluye el gasto en subsidios por enfermedad general y maternidad y ayudas para gastos de funeral.

^{6/} Se refiere al gasto de administración que se genera por el otorgamiento de las prestaciones en dinero y en especie, y se integra a partir de la proporción del gasto que se asigna a este seguro de los siguientes rubros: i) servicios de personal y pasivos laborales del IMSS en su carácter de patrón por jubilaciones y pensiones.

^{7/} Se refiere a las provisiones para la operación.

Fuente: Dirección de Finanzas, IMSS.

En el escenario de riesgo, en valor presente, se estima una disminución de 300.6 mil millones de pesos de los ingresos (1.8 %), y un incremento de 77.1 mil millones de pesos en los gastos por prestaciones en especie (0.45 %), respecto al escenario base. Estos cambios incrementan el déficit financiero del seguro en 301.2 millones de pesos (4.7 %), lo que eleva la prima de equilibrio de 12.9 % a 13.2 % del salario base de cotización (Cuadro V.15).

Cuadro V.15
Resultados de la situación financiera del SEM para
el escenario base y el escenario de riesgo, 2026-2055
(millones de pesos de 2026)

Concepto	Base	Riesgo
Ingresos^{1/} (a)	16,456,453	16,155,804
Gastos		
Prestaciones en especie ^{2/}	17,100,792	17,177,880
Prestaciones económicas ^{3/}	872,693	872,298
Inversión física	149,033	149,033
Gastos de administración ^{4/}	4,324,902	4,324,902
Provisiones ^{5/}	385,208	309,109
Total del gasto ... (b)	22,832,628	22,833,223
Superávit/ (Déficit)^{6/} (c)=(a)-(b)	-6,376,175	-6,677,419
Volumen de salarios (d)	176,481,700	173,236,946
Prima de equilibrio^{7/} (e)=(b)/(d)*100	12.9	13.2

^{1/} Incluye los ingresos por cuotas obrero-patronales, contribución del Gobierno Federal, otros ingresos (productos financieros, capitales constitutivos, recuperación de adeudos y pagos de nómina asociados al Régimen de Jubilaciones y Pensiones del extinto Programa IMSS-Bienestar, aportación de la población trabajadora al Fondo de Jubilación y otros).

^{2/} Para efectos de la evaluación de la situación financiera de este seguro se incluye el gasto de servicios de personal asociado a la atención médica, así como los rubros de materiales, suministros y servicios generales.

^{3/} Incluye el gasto por subsidios de enfermedad general y maternidad y ayudas para gastos de funeral.

^{4/} Se refiere al gasto de administración que se genera por el otorgamiento de las prestaciones en dinero y en especie, y se integra a partir de la proporción del gasto que se asigna a este seguro de los siguientes rubros: i) servicios de personal y pasivos laborales del IMSS en su carácter de patrón por jubilaciones y pensiones.

^{5/} Se refiere a las provisiones para la operación.

^{6/} Al sumar al valor presente del déficit (6,376 miles de millones de pesos) el saldo de la Reserva Financiera y Actuarial del SEM (129 miles de millones), el resultado coincide con el que se muestra para este seguro en los cuadros II.16 y II.17 del capítulo II de este Informe, que asciende a 6,248 miles de millones (por motivos de redondeo las cifras no suman el total).

^{7/} Es la prima constante que permitiría captar los recursos suficientes para hacer frente a los gastos del Seguro de Enfermedades y Maternidad en el periodo de proyección.

Fuente: Dirección de Finanzas, IMSS.

Cobertura SEM-Asegurados

En el escenario base, a partir de los resultados de la evaluación de la situación financiera de la cobertura de SEM-Asegurados para el periodo 2026-2055 (Cuadro V.16), se estima que los ingresos y gastos crecerán a una tasa promedio real anual de 2.6 % y 2.8 %, respectivamente. Asimismo, se estima que la prima de financiamiento disminuirá de 8.0 % del salario base de cotización en 2026 a 6.9 % en 2055 y una prima promedio anual de 7.4 % durante el periodo de proyección. Esto genera que el déficit aumente conforme avanza el tiempo.

Cuadro V.16

Resumen de las proyecciones financieras de la cobertura de SEM-Asegurados, 2026-2055

(millones de pesos de 2026)

Concepto	2026	2031	2036	2041	2046	2051	2055	Valor presente
Ingresos (a)								
Ingresos ^{1/}	472,627	537,989	620,854	716,615	825,550	933,898	998,770	13,705,566
Gastos								
Prestaciones en especie ^{2/}	380,082	468,472	572,812	692,904	814,584	942,787	1,038,026	12,873,680
Prestaciones económicas ^{3/}	28,836	31,506	37,938	45,877	55,012	64,413	70,074	872,693
Inversión física	32,638	4,585	4,585	4,585	4,585	4,585	4,585	149,033
Gastos de administración ^{4/}	142,065	152,621	167,506	174,940	176,276	171,581	163,417	3,315,330
Provisiones ^{5/}	-3,806	16,303	29,856	1,730	1,727	1,734	1,742	233,658
Total del gasto (b)	579,815	673,487	812,697	920,038	1,052,183	1,185,100	1,277,844	17,444,394
Superávit/ (Déficit) ^{6/} (a)-(b)	-107,188	-135,498	-191,843	-203,423	-226,633	-251,202	-279,075	-3,738,828

^{1/}Incluye los ingresos por cuotas obrero-patronales, contribución del Gobierno Federal, otros ingresos (productos financieros, capitales constitutivos, recuperación de adeudos y pagos de nómina asociados al Régimen de Jubilaciones y Pensiones del extinto Programa IMSS-Bienestar, aportación de la población trabajadora al Fondo de Jubilación y otros).

^{2/}Para efectos de la evaluación de la situación financiera de esta cobertura se incluye el gasto de servicios de personal asociado a la atención médica, así como los rubros de materiales, suministros y servicios generales.

^{3/}Incluye el gasto en subsidios por enfermedad general y maternidad y ayudas para gastos de funeral.

^{4/}Se refiere al gasto de administración que se genera por el otorgamiento de las prestaciones en dinero y en especie, y se integra a partir de la proporción del gasto que se asigna a este seguro de los siguientes rubros: i) servicios de personal y pasivos laborales del IMSS en su carácter de patrón por jubilaciones y pensiones.

^{5/}Se refiere a las provisiones para la operación.

^{6/} Al sumar al déficit obtenido (3,739 miles de millones de pesos) el saldo de la Reserva Financiera y Actuarial de la cobertura de SEM-Asegurados (82 miles de millones), el valor presente del déficit es igual al que se muestra para este seguro en los cuadros II.16 y II.17 del capítulo II de este Informe, que asciende a 3,657 miles de millones (por motivos de redondeo las cifras no suman el total).

Fuente: Dirección de Finanzas, IMSS.

El Balance Actuarial para la cobertura de SEM-Asegurados para un periodo de 30 años (Cuadro V.17), muestra que el valor presente del activo es insuficiente para cubrir el costo de las prestaciones valuadas y de los gastos asociados a esta cobertura. En este sentido, la prima de equilibrio requerida asciende a 9.88 % del volumen de salarios, la cual supera en 2.4 puntos porcentuales a la prima de financiamiento promedio anual del periodo de proyección (7.4 %).

Cuadro V.17
Balance actuarial a 30 años de la cobertura de SEM-Asegurados, 2026
(millones de pesos de 2026)

Activo	Porcentaje de VPSF		Pasivo	Porcentaje de VPSF	
Saldo de la Reserva al 31 de diciembre de 2025 ^{1/} (1)	82,140	0.05	Prestaciones en especie ^{2/} (7)	12,873,680	7.29
Aportaciones Futuras ^{3/} (2)	13,118,200	7.43	Prestaciones económicas ^{5/} (8)	872,693	0.49
Otros ingresos ^{4/} (3)	587,366	0.33	Inversión física (9)	149,033	0.08
Subtotal (4)=(1)+(2)+(3)	13,787,706	7.81	Gastos de administración ^{6/} (10)	3,315,330	1.88
Superávit/ (Déficit) (5)=(4)-(11)	-3,656,688	-2.07	Provisiones ^{7/} (11)	233,658	0.13
Total (6)=(4)-(5)	17,444,394	9.88	Total (12)=(7)+(8)+(9)+(10)+(11)	17,444,394	9.88

VPSF: Valor presente de los salarios futuros.

^{1/} Reserva Financiera y Actuarial de la cobertura de Asegurados del Seguro de Enfermedades y Maternidad al 31 de diciembre de 2025, (79,029 millones de pesos), actualizada a diciembre de 2026 con la inflación estimada y sin considerar aportaciones.

^{2/} Para efectos de la evaluación de la situación financiera de este seguro se incluye el gasto de servicios de personal asociado a la atención médica, así como los rubros de materiales, suministros y servicios generales.

^{3/} Incluye los ingresos por cuotas obrero-patronales, aportaciones del Gobierno Federal.

^{4/} Incluye otros ingresos (productos financieros, capitales constitutivos, recuperación de adeudos y pagos de nómina asociados al Régimen de Jubilaciones y Pensiones del extinto Programa IMSS-Bienestar, aportación de la población trabajadora al Fondo de Jubilación y otros).

^{5/} Incluye el gasto en subsidios por enfermedad general y maternidad y ayudas para gastos de funeral.

^{6/} Se refiere al gasto de administración que se genera por el otorgamiento de las prestaciones en dinero y en especie, y se integra a partir de la proporción del gasto que se asigna a este seguro de los siguientes rubros: i) servicios de personal y pasivos laborales del IMSS en su carácter de patrón por jubilaciones y pensiones.

^{7/} Se refiere a las provisiones para la operación.

Fuente: Dirección de Finanzas, IMSS.

Para el escenario de riesgo (Cuadro V.18), los resultados indican que, en valor presente, los ingresos disminuirán en 244 mil millones de pesos (1.8 %), los gastos en 51 mil millones de pesos y el déficit de la cobertura se incrementará en 4.3 %, lo que se traduce en un aumento de 0.16 puntos porcentuales de la prima de equilibrio respecto de la estimada en el escenario base.

Cuadro V.18

Resultados de la situación financiera de la cobertura del SEM-Asegurados para el escenario base y el escenario de riesgo, 2026-2055

(millones de pesos de 2026)

Concepto	Base	Riesgo
Ingresos^{1/} (a)	13,705,566	13,458,826
Gastos		
Prestaciones en especie ^{2/}	12,873,680	12,875,768
Prestaciones económicas ^{3/}	872,693	872,298
Inversión física	149,033	149,033
Gastos de administración ^{4/}	3,315,330	3,315,330
Provisiones ^{5/}	233,658	188,633
Total del gasto (b)	17,444,394	17,401,062
Superávit/ (Déficit)^{6/} ... (c)=(a)-(b)	-3,738,828	-3,942,237
Volumen de salarios (d)	176,481,700	173,236,946
Prima de equilibrio^{7/} (e)=(b)/(d)*100	9.9	10.0

^{1/} Incluye los ingresos por cuotas obrero-patronales, contribución del Gobierno Federal, otros ingresos (productos financieros, capitales constitutivos, recuperación de adeudos y pagos de nómina asociados al Régimen de Jubilaciones y Pensiones del extinto Programa IMSS-Bienestar, aportación de la población trabajadora al Fondo de Jubilación y otros).

^{2/} Para efectos de la evaluación de la situación financiera de esta cobertura se incluye el gasto de servicios de personal asociado a la atención médica, así como los rubros de materiales, suministros y servicios generales.

^{3/} Incluye el gasto en subsidios por enfermedad general y maternidad y ayudas para gastos de funeral.

^{4/} Se refiere al gasto de administración que se genera por el otorgamiento de las prestaciones en dinero y en especie, y se integra a partir de la proporción del gasto que se asigna a este seguro de los siguientes rubros: i) servicios de personal y pasivos laborales del IMSS en su carácter de patrón por jubilaciones y pensiones.

^{5/} Se refiere a las provisiones para la operación.

^{6/} Al sumar al déficit obtenido (3,739 miles de millones de pesos) el saldo de la Reserva Financiera y Actuarial de la cobertura de SEM-Asegurados (82 miles de millones), el valor presente del déficit es igual al que se muestra para este seguro en los cuadros II.16 y II.17 del capítulo II de este Informe, que asciende a 3,657 miles de millones (por motivos de redondeo las cifras no suman el total).

^{7/} Es la prima constante que permitiría captar los recursos suficientes para hacer frente a los gastos de la cobertura de Asegurados del Seguro de Enfermedades y Maternidad en el periodo de proyección.

Fuente: Dirección de Finanzas, IMSS.

Cobertura SEM-GMP

En el escenario base, a partir de los resultados de la evaluación financiera de la cobertura de SEM-GMP para el periodo 2026-2055 (Cuadro V.19) se estima que los ingresos y gastos crecerán a una tasa promedio real anual de 3.1 % y 3.4 %, respectivamente. El incremento y magnitud del gasto generan un déficit de 2.6 billones de pesos en el periodo de evaluación. Como proporción de los ingresos, el déficit pasará de representar 76 % de los ingresos en 2026 a un nivel equivalente al total de los ingresos proyectados en 2055.

Cuadro V.19
Resumen de las proyecciones financieras de la cobertura de SEM-GMP, 2026-2055

(millones de pesos de 2026)

Concepto	2026	2031	2036	2041	2046	2051	2055	Valor presente
Ingresos (a)								
Ingresos ^{1/}	89,499	104,386	119,537	142,886	169,523	197,736	217,063	2,750,887
Gastos								
Prestaciones en especie ^{2/}	114,193	145,340	183,933	227,393	273,495	326,405	371,414	4,227,112
Gastos de administración ^{3/}	43,581	46,727	51,164	53,234	53,422	51,719	48,999	1,009,572
Provisiones ^{4/}	123	9,971	19,577	541	540	542	545	151,550
Total del gasto (b)	157,897	202,039	254,674	281,168	327,456	378,666	420,958	5,388,234
Superávit/ (Déficit) ^{5/} (a)-(b)	-68,398	-97,653	-135,137	-138,282	-157,934	-180,930	-203,895	-2,637,347

^{1/}Incluye los ingresos por cuotas obrero-patronales, contribución del Gobierno Federal, otros ingresos (productos financieros, capitales constitutivos, recuperación de adeudos y pagos de nómina asociados al Régimen de Jubilaciones y Pensiones del extinto Programa IMSS-Bienestar, aportación de la población trabajadora al Fondo de Jubilación y otros).

^{2/}Para efectos de la evaluación de la situación financiera de esta cobertura se incluye el gasto de servicios de personal asociado a la atención médica, así como los rubros de materiales, suministros y servicios generales.

^{3/}Se refiere al gasto de administración que se genera por el otorgamiento de las prestaciones en especie, y se integra a partir de la proporción del gasto que se asigna a este seguro de los siguientes rubros: i) servicios de personal y pasivos laborales del IMSS en su carácter de patrón por jubilaciones y pensiones.

^{4/}Se refiere a las provisiones para la operación.

^{5/} Al sumar al déficit obtenido (2,637 miles de millones de pesos) el saldo de la Reserva Financiera y Actuarial de la cobertura de SEM-GMP (47 miles de millones), el valor presente del déficit es igual al que se muestra para este seguro en los cuadros II.16 y II.17 del capítulo II de este Informe, que asciende a 2,591 miles de millones (por motivos de redondeo las cifras no suman el total).

Fuente: Dirección de Finanzas, IMSS.

El Balance Actuarial para un periodo de 30 años de esta cobertura (Cuadro V.20), indica que el monto del valor presente del saldo estimado de la Reserva Financiera y Actuarial al cierre de 2025 junto con los ingresos futuros por cuotas y aportaciones es insuficiente para financiar el costo de las prestaciones en especie y los gastos asociados a esta cobertura. En este sentido, la prima de equilibrio requerida asciende a 3.05 % del salario base de cotización, la cual supera en 1.69 puntos porcentuales a la prima de financiamiento anual del periodo de proyección (1.5 % del salario base de cotización). Asimismo, se estima que los ingresos por cuotas y aportaciones financiarán, en promedio, 49 % del gasto proyectado durante el periodo de evaluación.

Cuadro V.20
Balance Actuarial a 30 años de la cobertura del SEM-GMP, 2026

(millones de pesos de 2026)

Activo	Porcentaje de VPSF		Pasivo	Porcentaje de VPSF	
Saldo de la Reserva al 31 de diciembre de 2025 ^{1/} (1)	46,532	0.03	Prestaciones en especie ^{2/} (6)	4,227,112	2.40
Aportaciones Futuras ^{3/} (2)	2,647,226	1.50	Gastos de administración ^{5/} (7)	1,009,572	0.57
Otros ingresos ^{4/} (3)	103,662	0.06	Provisiones ^{6/} (8)	151,550	0.09
Subtotal (4)=(1)+(2)+(3)	2,797,419	1.59			
Superávit/ (Déficit) (5)=(4)-(9)	-2,590,815	-1.47			
Total (6)=(4)-(5)	5,388,234	3.05	Total (9)=(6)+(7)+(8)	5,388,234	3.05

VPSF: Valor presente de los salarios futuros.

^{1/} Reserva Financiera y Actuarial de la cobertura de Gastos Médicos para Pensionados del Seguro de Enfermedades y Maternidad al 31 de diciembre de 2025, (44,872 millones de pesos), actualizada a diciembre de 2026 con la inflación estimada y sin considerar aportaciones.

^{2/} Para efectos de la evaluación de la situación financiera de este seguro se incluye el gasto de servicios de personal asociado a la atención médica, así como los rubros de materiales, suministros y servicios generales.

^{3/} Incluye los ingresos por cuotas obrero-patronales, aportaciones del Gobierno Federal.

^{4/} Incluye otros ingresos (capitales constitutivos, recargos por adeudos de cuotas-obrero-patronales, recuperación de adeudo del Programa IMSS Bienestar y otros).

^{5/} Se refiere al gasto de administración que se genera por el otorgamiento de las prestaciones en especie, y se integra a partir de la proporción del gasto que se asigna a este seguro de los siguientes rubros: i) servicios de personal y pasivos laborales del IMSS en su carácter de patrón por jubilaciones y pensiones.

^{6/} Se refiere a las provisiones para la operación.

Fuente: Dirección de Finanzas, IMSS.

En el escenario de riesgo (Cuadro V.21), se estima que los ingresos disminuirán en 54 mil millones de pesos en valor presente (2.0 %), mientras que, los gastos aumentarán en 31 mil millones de pesos y el déficit de la cobertura se incrementará en 3.0 %. En consecuencia, la prima de equilibrio aumentará de 3.05 % a 3.14 % del salario base de cotización.

Cuadro V.21.
Resultados de la situación financiera de la cobertura del SEM-GMP para el escenario base y el escenario de riesgo, 2026-2055

(millones de pesos de 2026)		
Concepto	Base	Riesgo
Ingresos^{1/} (a)	2,750,887	2,696,978
Gastos		
Prestaciones en especie ^{2/}	4,227,112	4,302,113
Gastos de administración ^{3/}	1,009,572	1,009,572
Provisiones ^{4/}	151,550	120,476
Total del gasto (b)	5,388,234	5,432,160
Superávit/ (Déficit)^{5/} (c)=(a)-(b)	-2,637,347	-2,735,182
Volumen de salarios (d)	176,481,700	173,236,946
Prima de equilibrio^{6/} (e)=(b)/(d)*100	3.05	3.14

^{1/}Incluye los ingresos por cuotas obrero-patronales, aportaciones del Gobierno Federal y otros ingresos (capitales constitutivos, recargos por adeudos de cuotas-obrero-patronales, recuperación de adeudo del Programa IMSS Bienestar y otros).

^{2/}Para efectos de la evaluación de la situación financiera de esta cobertura se incluye el gasto de servicios de personal asociado a la atención médica, así como los rubros de materiales, suministros y servicios generales.

^{3/}Se refiere al gasto de administración que se genera por el otorgamiento de las prestaciones en especie, y se integra a partir de la proporción del gasto que se asigna a este seguro de los siguientes rubros: i) servicios de personal y pasivos laborales del IMSS en su carácter de patrón por jubilaciones y pensiones.

^{4/}Se refiere a las provisiones para la operación.

^{5/}Al sumar al déficit obtenido (2,637 miles de millones de pesos) el saldo de la Reserva Financiera y Actuarial de la cobertura de SEM-GMP (47 miles de millones), el valor presente del déficit es igual al que se muestra para este seguro en los II.16 y II.17 del capítulo II de este Informe, que asciende a 2,591 miles de millones (por motivos de redondeo las cifras no suman el total).

^{6/}Es la prima constante que permitiría captar los recursos suficientes para hacer frente a los gastos de la cobertura de Gastos Médicos para Pensionados del Seguro de Enfermedades y Maternidad en el periodo de proyección.

Fuente: Dirección de Finanzas, IMSS.

V.6. Estrategias prioritarias

Para responder con oportunidad y calidad a los retos de la transición epidemiológica y los cambios demográficos, es indispensable fortalecer las estrategias de salud existentes y diseñar nuevas acciones con enfoque preventivo, resolutivo y financiero.

V.6.1. Prevención y detección oportuna de enfermedades

La detección de enfermedades es un componente fundamental de las acciones del IMSS en materia de salud pública; comprende diversas intervenciones orientadas a identificar oportunamente los padecimientos de mayor prevalencia e impacto, con el fin de favorecer el diagnóstico temprano y el inicio oportuno de tratamientos adecuados.

Como parte del fortalecimiento a estas acciones, en 2025, se llevaron a cabo 9.1 millones de detecciones de diabetes mellitus tipo 2 y 21.9 millones de hipertensión arterial, ambas dirigidas a población de 20 años y más. En cuanto a la detección oportuna de cáncer en la mujer, 3.3 millones de mujeres de entre 25 y 64 años accedieron a la prueba de Papanicolaou para la identificación de cáncer cervicouterino. Asimismo, 6.9 millones de mujeres de 20 a 69 años fueron evaluadas mediante exploración clínica y 1.4 millones de mujeres de 40 a 69 años se sometieron a estudios de mastografía para la detección de cáncer de mama.

Adicionalmente, en el Instituto se realiza el Tamiz Metabólico Neonatal para la detección de Enfermedades Metabólicas Congénitas en las personas recién nacidas; de enero a diciembre 2025 se realizaron 306,464 tamizajes, lo que representó estudiar 100 % de las personas recién nacidas en el Instituto, en los cuales se identificaron 993 casos confirmados, de los siguientes padecimientos: 126 de

hipotiroidismo congénito, 48 de hiperplasia suprarrenal congénita, 2 de fenilcetonuria, 34 de deficiencia de biotinidasa, 13 de galactosemia, 14 de fibrosis quística, 533 hemoglobinopatías, 223 de deficiencia de glucosa 6-fosfato deshidrogenasa; estos pacientes recibieron tratamiento integral en las unidades médicas del Instituto.

El fin último es que las personas derechohabientes estén diagnosticadas y con un seguimiento activo y control clínico a través de las Unidades de Medicina Familiar (UMF), lo que constituye la base operativa para la reducción de complicaciones críticas.

Entre 1998 y 2024, la mortalidad por enfermedades crónicas y cáncer mostró una reducción sostenida en derechohabientes del IMSS, esta reducción responde a diversos factores, principalmente a un mayor número de detecciones tempranas de estos padecimientos (Gráfica V.17).

Gráfica V.17.

Tendencia de la tasa de mortalidad, población derechohabiente y no derechohabiente, 1998-2024



^{1/} Tasa de mortalidad x 100,000 personas de 20 años y más, ajustada por edad y sexo con la población mundial estándar proyectada para 2025 OMS.

^{2/} Tasa por 100,000 en menores de 20 años y más, ajustada por grupo de edad con la población mundial estándar, OMS 2000-2025.

^{3/} Tasa por 100,000 población mayor a 20 años y más, ajustada por grupo de edad con la población mundial estándar, OMS 2000-2025.

^{4/} Tasa por 100,000 mujeres mayores a 25 años y más, ajustada por grupo de edad con la población mundial estándar, OMS 2000-2025.

Fuente: IMSS, Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) y Consejo Nacional de Población (Conapo).

V.6.2. Programa Código Cerebro

El programa inició su implementación nacional el 29 de julio de 2022, con el objetivo de atender a los pacientes con Eventos Vasculares Cerebrales agudos, y con ello reducir complicaciones, discapacidad y mortalidad. Lo anterior, a través del diagnóstico y tratamiento oportunos (trombólisis en las primeras 4.5 horas del inicio de los síntomas, y trombectomía mecánica dentro de las primeras 24 horas, en casos seleccionados). Para ello, la implementación del programa se enfoca en 4 ejes principales: personal capacitado, oportunidad en trombólisis y/o trombectomía mecánica (en casos seleccionados), contar con un equipo funcional de Tomografía Computarizada en la unidad médica, acceso inmediato a medicamentos trombolíticos como Alteplasa y Tenecteplasa, así como estudios básicos de laboratorio.

Actualmente este protocolo está implementado en 153 unidades de segundo y tercer nivel de atención y se han atendido 35,501 casos dentro del programa. De enero a diciembre de 2025, se registró la atención de 13,007 pacientes en los Servicios de Urgencias o Admisión Continua. A tres años de su inicio, se ha registrado una tasa de trombólisis del 8.43 % del total de casos atendidos (2,995 pacientes). Como comparativo de la eficacia, Estados Unidos de América reporta una tasa de trombólisis del 12 %, mientras que el estudio nacional PREMIER en México, reportó una tasa del 5 %, en 2006.

Cabe destacar que la consistencia del registro en la plataforma oficial mostró un notable incremento de casos entre marzo y diciembre de 2025, debido al seguimiento desde nivel central.

Después de la creación del área de responsabilidad de Terapia Endovascular Neurológica en 2024, se abrieron nueve plazas para este personal especialista: Hospital de Especialidades y Hospital General de CMN La Raza, Hospital de Especialidades Siglo XXI en Ciudad de México; Hospital de Especialidades y Hospital de Pediatría de CMN de Occidente en Guadalajara Jalisco y el HGZ3 "Jesús María" en el estado de Aguascalientes, lo que permite la realización oportuna de trombectomía mecánica, a través del uso de las redes hospitalarias.

Actualmente el IMSS cuenta, por primera vez, con 3 sedes de la especialidad: el Hospital de Especialidades de CMN La Raza, el Hospital de Especialidades de CMN Siglo XXI en la Ciudad de México y el Hospital de Especialidades de CMN de Occidente en Guadalajara. Se proyecta recibir en sus hospitales a 7 personas médicas egresadas de la primera generación de esta especialidad en 2026.

V.6.3. Fortalecimiento de capacidades institucionales

A través de la actualización de procesos, el desarrollo del talento humano y la modernización tecnológica, el Instituto optimiza sus recursos para responder con oportunidad a los retos sanitarios actuales. Dentro de esta estrategia, la vigilancia epidemiológica se consolida como un pilar fundamental; el registro sistemático de enfermedades y determinantes permite analizar la evolución de los padecimientos en el país. De este modo, la mejora operativa del IMSS se traduce en intervenciones sanitarias oportunas para el control o erradicación de enfermedades, lo que promueve una atención médica eficiente, equitativa y de alta calidad (Cuadro V.22.).

Cuadro V.22.
Medidas para mejorar la capacidad resolutive y el aprovechamiento de los recursos disponibles, 2025

Estrategia	Descripción	Acciones 2025
Unifila y transferencia de pacientes sin cita en Medicina Familiar	Se reorganizó la agenda de citas médicas en la consulta de medicina familiar, así como la transferencia de pacientes sin cita previa, entre los consultorios, a través de la pantalla panorámica del Sistema de Información de Medicina Familiar, para mejorar el tiempo de espera para su atención médica.	Se atendió en promedio 713,674 pacientes de forma mensual, disminuyendo el tiempo atención de 180 minutos a 49 minutos en diciembre 2025.
Receta resurtible	En la consulta de Medicina Familiar a pacientes con enfermedades crónicas controladas, se otorga cita cada 3 meses para la entrega de medicamentos, con el objetivo de optimizar la capacidad instalada.	En el 2025 se otorgaron en primer nivel: 2,535,653 recetas resurtibles.
Unidades Médicas de Tiempo completo	Con el objetivo de aprovechar la infraestructura de las unidades de medicina familiar en fin de semana, se abrió la atención de medicina familiar en sábado y domingo, incrementando así el acceso a la consulta médica de primer nivel.	A diciembre 2025 se abrieron 400 Unidades Médicas de Tiempo Completo, otorgando un total de 8,497,459 atenciones de medicina familiar.
Referencia-contrarreferencia consulta de especialidad	Se implementó la Referencia Electrónica Transversal para conectar los tres niveles de atención médica sin restricciones geográficas (desligada de la regionalización). El sistema opera mediante dos herramientas: la plataforma 'ICitas' (para flujos hacia y entre el segundo nivel) y el Expediente Clínico Electrónico (para derivaciones de primer y segundo nivel hacia Unidades Médicas de Alta Especialidad).	Durante el segundo semestre de 2025, la plataforma ICitas captó 5,851,559 solicitudes de primera vez y logró programar exitosamente 4,362,978 citas, con un tiempo promedio de espera de 19.1 días hábiles. Paralelamente, la funcionalidad de la Oferta de Servicios del Expediente Clínico Electrónico permitió a las unidades de segundo nivel agendar 152,750 citas de primera vez hacia la alta especialidad.
Uso de camas hospitalarias	La optimización del uso de camas hospitalarias es un pilar clave para la eficiencia operativa y la calidad del Instituto. Una mejora en el porcentaje de ocupación hospitalaria refleja una gestión inteligente del recurso que acelera la asignación de camas y optimiza el flujo de pacientes, logrando incrementar la capacidad instalada sin afectar el volumen de atención ni elevar la estancia promedio.	Entre 2017 y 2025, el porcentaje de ocupación hospitalaria descendió del 88.4% al 77.2% (una reducción de 11.2 puntos porcentuales). Lejos de reflejar una menor demanda, este cambio es el resultado directo de una estrategia de optimización del proceso de hospitalización; al reducir la presión constante del entorno previo —cercano al 90%—, se eliminaron cuellos de botella en urgencias y retrasos en los ingresos programados

Fuentes: Dirección de Innovación y Desarrollo Tecnológico y Dirección de Prestaciones Médicas, IMSS.

V.6.4. Otros programas estratégicos

Los programas estratégicos de salud surgen en el IMSS de una planeación basada en evidencia y alineados con las metas institucionales. A través de estos programas se promueven los cambios necesarios para consolidar un modelo de atención más eficiente, equitativo y sostenible.

Donación y trasplantes de órganos, tejidos y células

El trasplante de órganos, tejidos y células en el Instituto Mexicano del Seguro Social es una de las terapias más costo-efectivas, ya que permite a las y los pacientes la reincorporación a su vida familiar, social, y, en su caso, laboral. En el IMSS la cirugía de trasplante se realiza cada vez con mayor frecuencia como resultado de la red de donación institucional para persona donante fallecida y el altruismo de las personas donantes vivas.

En el caso de las personas donantes fallecidas, la familia directa expresa su consentimiento de manera voluntaria y gratuita para la extracción de órganos y tejidos en beneficio de hasta 50 personas por cada donante. Con ello, el Instituto incrementa cada año el número de trasplantes realizados por el personal médico clínico y quirúrgico. Durante 2025 se realizaron 3,519 trasplantes, de los cuales 1,478 fueron de riñón, 1,417 de córnea, 530 de células progenitoras hematopoyéticas, 63 de hígado, 28 de corazón y tres de pulmón.

Como parte de la estrategia Código Vida implementada en los 35 OOAD, se cuenta con 88 hospitales con licencia para disposición de órganos y tejidos. Con ello, ha incrementado el número de donaciones y trasplantes en los últimos años; además, el IMSS fue la primera institución de salud en realizar más trasplantes de personas donantes fallecidas que de donantes vivas. Durante 2025 se recibieron 1,816 donaciones (295 multiorgánicas y 1,521 de tejidos) (Gráfica V.18).

Gráfica V.18.



Fuente: Dirección de Prestaciones Médicas. IMSS.

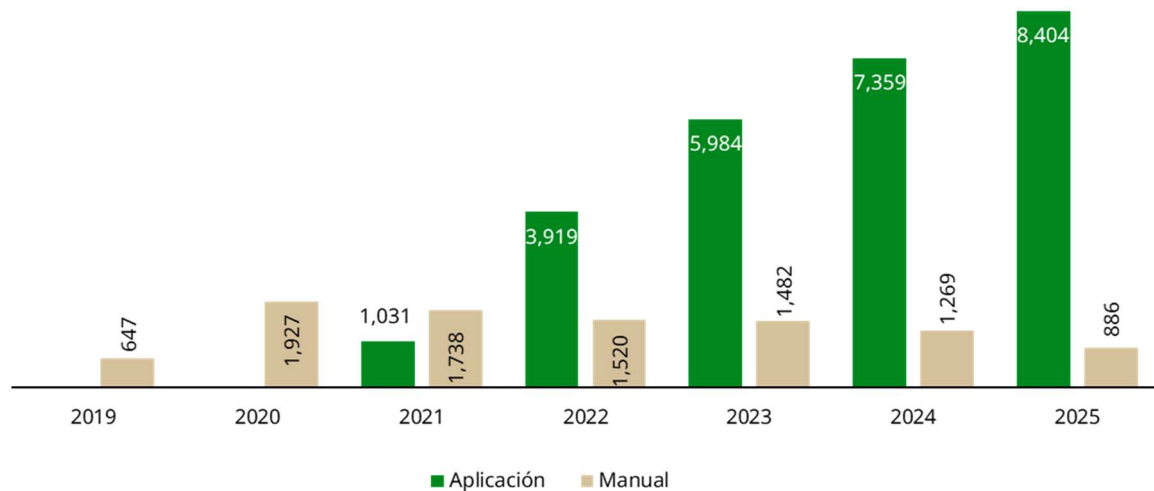
Trasplantes

Licencias para madres y padres con hijas e hijos de hasta 16 años con diagnóstico de cáncer (Licencia 140 Bis)

Las acciones implementadas contribuyeron a hacer más eficientes los procesos existentes, fortaleciendo la capacidad institucional para atender de forma oportuna a las personas aseguradas que enfrentan esta situación, sin menoscabo de los controles necesarios para el ejercicio responsable del gasto.

146

Gráfica V.19.



Fuente: Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales, IMSS.

Pago de subsidios

En materia de pago de subsidios, durante 2025 el Instituto fortaleció la digitalización de los procesos asociados a la validación y dispersión de recursos, lo que permitió que una proporción mayor de los pagos se realizara a través de flujos automatizados y con seguimiento sistemático.

Estas acciones se tradujeron en una reducción de los tiempos administrativos para la liberación del subsidio y en un fortalecimiento de los controles institucionales, al disminuir la intervención manual en ciertas etapas del proceso y mejorar la consistencia de la información utilizada para la autorización del pago.

La modernización del proceso de pago de subsidios forma parte de la estrategia institucional para garantizar el acceso oportuno a las prestaciones en dinero, mejorar la eficiencia operativa y asegurar un ejercicio responsable y transparente de los recursos públicos.

En este sentido, y con el objetivo de disminuir el crecimiento en el largo plazo y reducir la variabilidad observada en la prescripción de incapacidades, se desarrollaron y difundieron guías de prescripción de incapacidad temporal para el trabajo (ITT), las cuales establecen criterios técnicos de referencia para la expedición de días de incapacidad. Estas guías permiten homologar la práctica médica entre los distintos OOAD, promoviendo una mayor consistencia en la duración de las incapacidades por tipo de padecimiento. Su implementación busca disminuir la dispersión en la prescripción, mejorar la eficiencia en el uso de los subsidios y fortalecer el control del gasto mediante una práctica médica más alineada a parámetros institucionales.

V.6.6 Insumos para la salud

El IMSS cuenta con el Grupo de Trabajo Institucional para la Evaluación de Tecnologías en Salud (GTIETS), cuyo propósito es la selección eficiente de insumos para la salud que representen el mayor beneficio clínico para la población derechohabiente, bajo principios de transparencia y sostenibilidad financiera. A través de

este grupo se analizan insumos contenidos en el Compendio Nacional de Insumos para la Salud¹⁰¹ para valorar su inclusión en el catálogo operativo del IMSS. El GTIETS está conformado por representantes de las Direcciones de Prestaciones Médicas, Finanzas y Administración.

Durante 2025, el GTIETS celebró nueve sesiones —seis ordinarias y tres extraordinarias— en las que valoró 1,017 claves de insumos y generó acuerdos con impacto sobre el catálogo operativo del IMSS y el gasto en insumos. Destaca la exclusión de 946 claves que integran medicamentos, material de curación, osteosíntesis, endoprótesis y ayudas funcionales; las razones principales para la exclusión fueron obsolescencia y la identificación de sustitutos terapéuticos más eficientes. Por otro lado, se aprobaron 58 inclusiones (29 claves de medicamentos y 14 de material de curación), 6 modificaciones mayores en medicamentos y 6 claves con control de prescripción bajo el Catálogo II.

Además, se destacan los siguientes avances:

1. Se limitaron las compras locales y regionales, lo que permitió obtener eficiencias en los precios de compra.
2. Ha incrementado la digitalización de recetas médicas en 5.3 %, al pasar de 88.3 % en 2018 a un 93.6 % en 2025, lo que permite un mejor seguimiento a la prescripción.
3. Se optimizó en un 20 % el catálogo de claves para la compra consolidada de medicamentos y material de curación, al pasar de 3,486 claves solicitadas en la compra consolidada 2025-2026 a 3,132 claves requeridas para 2027-2028.
4. Análisis de los tratamientos farmacológicos de las enfermedades de mayor incidencia y costo, con el fin de consensuar las alternativas más eficientes.
5. Selección de medicamentos con indicación terapéutica especializada para su seguimiento y control, a través de programas de prescripción específicos.
6. Mejora en la estimación del pronóstico de demanda de los volúmenes requeridos para compra de medicamentos y material de curación, a través del uso de modelos matemáticos asistidos por inteligencia artificial.
7. Se mejoró el suministro de medicamentos a la red de unidades médicas del Instituto, mediante el uso de herramientas de inteligencia artificial, optimizando las métricas de consumo promedio mensual.

Aunado a lo anterior, se continúa reforzando la administración y control de inventarios, almacenes y logística para la optimización y suministro de medicamentos e insumos para la salud, evitando costos por deterioro, mermas o caducidad.

Se han instrumentado medidas de eficiencia y control del gasto en medicamentos e insumos para la salud, en conjunto con la Secretaría Anticorrupción y Buen Gobierno y las cámaras de la industria farmacéutica, para evitar ciclos negativos de pasivo circulante.

V.6.7. Formación y fortalecimiento de la plantilla en personal de salud

El IMSS fortaleció su capacidad para la formación de personal médico especialista mediante la ampliación sostenida de plazas de ingreso a cursos de especialización médica. Entre 2018 y 2025, la oferta institucional pasó de 4,712 a 9,813 plazas, lo que representa un incremento del 108.3 %.

Este crecimiento amplió las oportunidades de formación especializada y contribuyó al fortalecimiento de la disponibilidad futura de recursos humanos para la salud en especialidades prioritarias para la atención

¹⁰¹ Elaborado por el Consejo de Salubridad General.

de la población derechohabiente. Asimismo, consolidó al IMSS como la principal institución formadora de personal médico especialista del país.

Para el ciclo académico 2025-2026, el Instituto ofertó 9,813 plazas para cursos de especialización médica, lo que permitió mantener en formación a 26,422 residentes de Medicina en 380 sedes distribuidas en el territorio nacional. Como resultado del proceso educativo, 7,414 especialistas concluyeron satisfactoriamente su formación en febrero de 2026. La formación de especialistas se sustentó en una oferta académica integrada por 72 cursos de especialización, 71 médicos y uno estomatológico, con el aval de 37 instituciones educativas.

En el marco de la rotación de campo prevista en los programas de formación de especialistas, durante el ciclo académico 2025-2026 personal médico residente de último año realizó actividades académicas y asistenciales en unidades médicas rurales y en hospitales de los tres niveles de atención. Esta experiencia fortaleció sus competencias profesionales en diversos escenarios clínicos y favoreció su preparación para responder a las necesidades de salud de la población.

La participación de residentes también contribuyó al fortalecimiento de la capacidad operativa de las unidades receptoras y apoyó las acciones institucionales orientadas al incremento de la productividad médica y quirúrgica.

De manera complementaria, residentes realizaron rotaciones académicas en unidades hospitalarias del extranjero, favoreciendo el intercambio de conocimientos y la formación en entornos de alta especialización.

Por otro lado, en 2025, la oferta educativa del Instituto para la formación de personal de enfermería estuvo integrada por 16 programas académicos:

- 11 cursos postécnicos de enfermería, en los que ingresaron 1,639 estudiantes y egresaron 1,555 en 2026, lo que representa un 95% de estudiantes que concluyeron el programa y un incremento de 42 % de enfermeras y enfermeros especialistas respecto a 2024. Asimismo, se contó con 87 sedes avaladas por la Facultad de Estudios Superiores Iztacala de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM).
- Una Licenciatura en Enfermería en sistema escolarizado, desarrollada en las siete escuelas de enfermería del Instituto, con una matrícula de 1,243 estudiantes y un ingreso de 443 estudiantes (el 34.3 % fue personal de base del Instituto). Durante este ciclo se registraron 314 egresadas y egresados.
- Una Licenciatura en Enfermería mediante el Sistema de Universidad Abierta y Educación a Distancia (SUAYED), avalada por la Facultad de Enfermería y Obstetricia (FENO) de la UNAM, que en 2025 registró un ingreso total de 197 estudiantes para el ciclo 2025-2027 y 116 personas que concluyeron su formación académica.
- Una carrera de Profesional Técnico Bachiller en Enfermería General, avalada por el Colegio Nacional de Educación Profesional Técnica (CONALEP), con 81 ingresos al ciclo 2025 en 6 sedes y 23 egresos.
- Dos cursos de Auxiliar Técnico de Enfermería y Auxiliar de Enfermería en Salud Pública, ambos avalados por la UNAM, con un total de 219 estudiantes de nuevo ingreso que iniciaron su formación durante el ciclo 2025-2026 en 11 sedes y 82 personas egresadas que concluyeron satisfactoriamente su programa académico.

Al cierre de 2025, el Instituto contaba con 2,523¹⁰² estudiantes en programas de formación académica de Enfermería en 38 sedes.

La oferta educativa para la formación de personal de áreas afines a la salud en 2025 estuvo integrada por 17 programas académicos:

- 9 carreras de Profesional Técnico Bachiller, avaladas por CONALEP, que registraron 710 ingresos para el ciclo 2025-2026 y 192 egresos en agosto de 2025.
- 8 cursos para Técnicos y Auxiliar Técnico, avalados por la UNAM, que registraron 380 ingresos para el ciclo 2025-2026 y 151 egresos en agosto de 2025.

Al cierre de 2025, el IMSS contaba con 1,183 estudiantes en programas de formación en áreas afines a la salud, distribuidos en 57 sedes (778 cursaban programas de Profesional Técnico Bachiller y 405 se encontraban inscritos en cursos para Técnicos y Auxiliar Técnico).

En cuanto a la capacitación del personal de salud, en 2025 se realizaron 16,745 cursos en temas prioritarios. De estos, 13,060 fueron presenciales con casi 71,000 participaciones, y 3,640 cursos en simulación con más de 23,947 participaciones. Además, en la modalidad a distancia se llevaron a cabo 193 cursos con más de 106 mil personas aprobadas, incluyendo la estrategia de microaprendizajes, con más de 39,956 personas trabajadoras certificadas.

En total se obtuvieron 240,903 participaciones en ambas modalidades de las personas trabajadoras del área de la salud.

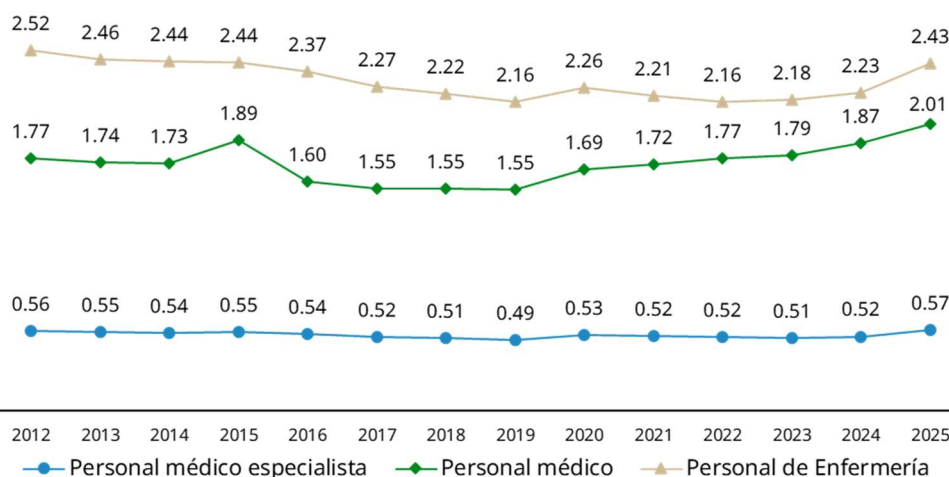
Por otra parte, se produjeron 21 cursos nuevos; 14 cursos actualizados en contenido; 12 cursos actualizados en formato; 11 cursos optimizados, 4 plantillas gráficas; 15 videos y 250 diseños editoriales.

En 2025 el IMSS contrató 9,423 médicas y médicos especialistas de 70 disciplinas en la "Feria de Reclutamiento IMSS 2025". Al cierre del año referido, los indicadores promedio por cada 1,000 derechohabientes adscritos a Médico Familiar fueron: 2.01 de personal médico, 0.57 personal médico especialista y 2.43 de personal de Enfermería (Gráfica V.20).

¹⁰² 1,486 estudiantes en las Escuelas de Enfermería, 924 en el Sistema de Universidad Abierta y Educación a Distancia, 94 Profesional Técnico Bachiller en Enfermería General y 214 en cursos de Auxiliar de Enfermería.

Gráfica V.20.

Recursos humanos para el cuidado de la salud por 1,000 personas derechohabientes adscritas a Médico Familiar, 2012-2025



^{1/} La información para el cálculo de los indicadores se puede consultar en: <http://www.imss.gob.mx/conoce-al-imss/memoria-estadistica-2025>

Fuente: Dirección de Prestaciones Médicas, IMSS.

V.6.8. Análisis para equilibrar fuentes de financiamiento

Las personas pensionadas y sus familiares con derecho concentran una proporción significativa del gasto en prestaciones en especie de la cobertura de SEM-GMP. Esto se explica, en parte, por una mayor utilización de los servicios médicos, asociada al envejecimiento de la población y a una mayor prevalencia de padecimientos que requieren tratamientos más complejos y de larga duración.

Para la cobertura de SEM-GMP la LSS establece una prima de financiamiento del 1.5 % del salario base de cotización. No obstante, durante el periodo 2015-2025 esta cobertura concentró 69 % del déficit total del SEM y la SEM-Asegurados el 31 % restante. Asimismo, los resultados de la evaluación financiera indican que la prima de equilibrio de SEM-GMP asciende a 3.1 % del salario base de cotización, nivel superior a su prima de financiamiento.

Por otro lado, entre los seguros con superávit financiero, el Seguro de Invalidez y Vida (SIV) presenta la situación financiera más favorable, tanto en el escenario base como en el de riesgo. En este contexto, y únicamente con fines analíticos, se desarrolló un ejercicio teórico para explorar el efecto que tendría un eventual rebalanceo de primas entre el SIV y la cobertura de Gastos Médicos para Pensionados del Seguro de Enfermedades y Maternidad (SEM-GMP), con el propósito de dimensionar el margen financiero que podría existir entre ambos seguros¹⁰³.

Para ello, se estimó el nivel de ingresos por cuotas y sus reservas necesarias para que el SIV pueda atender sus gastos en el largo plazo (100 años), bajo los supuestos definidos en el escenario base¹⁰⁴ y de

¹⁰³ Este ejercicio no constituye una propuesta de modificación a las cuotas, aportaciones o fuentes de financiamiento previstas en la Ley del Seguro Social, ni implica una medida determinada por el Instituto. Sus resultados deben interpretarse como un elemento técnico para analizar alternativas de largo plazo, cuya eventual viabilidad requeriría revisiones jurídicas, actuariales, financieras y de política pública, así como las decisiones que correspondan a las instancias competentes.

¹⁰⁴ El planteamiento de este escenario es considerado como el que mejor refleja el comportamiento observado en los últimos años.

riesgo¹⁰⁵. De los resultados obtenidos, se determinó que la prima de equilibrio¹⁰⁶ que permite captar los recursos indispensables para el SIV, es de 1.66 % del salario base de cotización. Con base en esta prima, se analizaron las proyecciones de ingresos y gastos para el SIV (Cuadro V.23), destacando lo siguiente:

- En el escenario base, el SIV mantiene suficiencia financiera durante todo el periodo de proyección, por lo que no sería necesario el uso de los recursos de la Reserva Financiera y Actuarial de este seguro.
- En el escenario de riesgo, los ingresos por cuotas resultarían insuficientes para cubrir los gastos a partir de 2071, por lo que sería necesario utilizar recursos de la Reserva Financiera y Actuarial durante los periodos 2071-2085 y 2103-2125. No obstante, la reserva conservaría saldos positivos en todo momento, por lo que el seguro mantendría su condición superavitaria sin requerir aportaciones adicionales.
- Los resultados del escenario de riesgo confirman la capacidad financiera del SIV para cubrir sus gastos con base en sus ingresos y su reserva. Sin embargo, la posibilidad de cambios en alguno de estos factores a lo largo del tiempo podría modificar la situación financiera. Por tal motivo, es necesario realizar un monitoreo continuo de la evolución del gasto de este seguro, así como de las variaciones en los supuestos utilizados en la evaluación de la situación financiera.

Cabe señalar que, en caso de adoptarse el mecanismo de rebalanceo, deberá revisarse de manera periódica la proporción de primas transferidas al SEM-GMP. Lo anterior, tomando en consideración la evolución de la situación financiera del SIV y las necesidades de financiamiento de ambos seguros.

Cuadro V.23.

Análisis del Uso y Aportación a la Reserva Financiera y Actuarial del Seguro de Invalidez y Vida, escenario base y de riesgo

(miles de millones de pesos de 2026)

Escenario	Concepto/Año	2026	2027	2028	2029	2030	2035	2040	2050	2060	2070	2080	2090	2100	2110	2120	2125
Base	Ingresos por cuotas	87	93	96	99	103	121	144	202	239	239	225	215	211	193	168	156
	Gastos	32	34	38	43	47	60	86	122	166	197	190	165	170	171	147	131
	Excedentes	55	59	59	56	55	62	58	79	73	43	35	51	41	22	21	25
	Reserva inicial	34	35	36	37	38	46	56	81	116	167	240	344	495	712	1,024	1,227
	Aportación a la reserva	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Uso de la reserva ^{1/}	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Productos financieros ^{2/}	1	1	1	1	1	2	2	3	4	6	9	13	18	26	38	45
	Reserva al final del año	35	36	37	38	40	48	58	84	120	173	248	357	514	738	1,061	1,273
Riesgo	Ingresos por cuotas	87	93	96	99	102	119	141	197	234	234	220	211	206	189	164	153
	Gastos	32	35	38	44	48	62	90	132	186	231	231	198	198	205	180	161
	Excedentes	55	58	57	55	54	57	51	66	48	3	-11	13	8	-16	-17	-8
	Reserva inicial	35	36	37	38	40	48	58	84	120	173	141	157	226	262	150	107
	Aportación a la reserva	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Uso de la reserva ^{1/}	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	-11	0	0	-16	-17	-8
	Productos financieros ^{2/}	1	1	1	1	1	2	2	3	4	6	5	6	8	10	6	4
	Reserva al final del año	36	37	38	40	41	50	60	87	125	179	136	163	235	255	139	103

^{1/} El uso de la reserva se lleva a cabo al final de cada año.

^{2/} Corresponde al saldo de la reserva más los productos financieros que se generan al final de cada año.

Fuente: Dirección de Finanzas, IMSS.

A partir de los resultados obtenidos, se estimó el margen disponible para un rebalanceo de cuotas entre ambos seguros, definido como la diferencia entre su prima de financiamiento (2.5 % del SBC) y su

¹⁰⁵ Los supuestos considerados en el escenario base y de riesgo se muestran en el Capítulo IV del presente Informe.

¹⁰⁶ La prima de equilibrio resulta de dividir el valor presente del gasto de cada rubro entre el valor presente del volumen de salarios y, al comparar con la prima de ingreso, permite identificar si esta última es suficiente para garantizar, en el largo plazo, los recursos necesarios para cubrir los gastos esperados de este seguro.

prima de equilibrio (1.66 % del salario base de cotización). Dicho margen permitiría reasignar una prima de 0.84 % del salario base de cotización del SIV, equivalente a una prima adicional de 0.575 % para la cobertura de SEM-GMP.

Conforme a los resultados del ejercicio teórico, la prima de financiamiento de SEM-GMP pasaría de 1.5 % a 2.075 % del salario base de cotización. Dado lo anterior, los ingresos proyectados de la cobertura aumentarían en promedio anual 37 %, mientras que su déficit financiero se reduciría en 39 %. Adicionalmente, la diferencia entre la prima de financiamiento y la prima de equilibrio se reduciría de 1.6 a 1.0 puntos porcentuales (Cuadro V.24).

Cabe señalar que este rebalanceo no implicaría un aumento en las aportaciones tripartitas al Instituto. Su efecto se limitaría a una redistribución de los ingresos por cuotas entre seguros, manteniendo sin cambios el nivel total de financiamiento establecido en la LSS.

Cuadro V.24.
Situación financiera de la cobertura de Gastos Médicos para Pensionados del Seguro de
Enfermedades y Maternidad bajo un escenario de rebalanceo de cuotas con el Seguro de Invalidez y
Vida, 2026-2055.
(millones de pesos de 2026)

Concepto	2026	2031	2036	2041	2046	2051	2055	Valor presente 2026-2055
Ingresos								
Escenario Base	89,499	104,369	119,537	142,886	169,522	197,734	217,061	2,750,260
Escenario rebalanceo SIV-GMP	120,492	142,142	164,145	195,900	232,568	271,618	298,756	3,765,013
Diferencia	30,992	37,773	44,608	53,014	63,047	73,884	81,695	1,014,753
Superávit / Déficit								
Escenario Base	-68,398	-97,760	-134,117	-138,282	-157,934	-180,930	-203,895	-2,631,460
Escenario rebalanceo SIV-GMP	-37,405	-59,987	-89,509	-85,268	-94,887	-107,046	-122,200	-1,616,707
Reducción del déficit	-45%	-39%	-33%	-38%	-40%	-41%	-40%	-39%
Primas (% salario base de cotización) de financiamiento								
Escenario Base	1.5	1.5	1.5	1.5	1.5	1.5	1.5	1.5
Escenario rebalanceo SIV-GMP	2.1	2.1	2.1	2.1	2.1	2.1	2.1	2.1

Nota: SIV: Seguro de Invalidez y Vida, y GMP: Cobertura de Gastos Médicos para Pensionados del Seguro de Enfermedades y Maternidad.
Fuente: Dirección de Finanzas. IMSS.