

Capítulo X

Principales riesgos identificados y conclusiones



Como resultado del análisis de la Situación Financiera y Actuarial del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) para el periodo 2025-2026, este Capítulo tiene como propósito integrar los principales hallazgos del Informe en una visión estratégica para la toma de decisiones institucionales.

Con base en el análisis financiero, actuarial y operativo, se identifican los riesgos y las contingencias que requieren mayor seguimiento y se plantean líneas de acción para preservar la suficiencia financiera del Instituto, fortalecer su capacidad operativa y mejorar la oportunidad y calidad de los servicios que brinda a la población derechohabiente.

Durante los últimos años, el IMSS registró horizontes de suficiencia financiera que, en promedio, superaron los 13 años, lo que permitió destinar recursos a inversiones prioritarias en infraestructura, equipamiento médico y contratación de personal. Estas acciones han tenido como propósito reducir brechas de capacidad instalada, fortalecer la prestación de servicios y atender necesidades acumuladas de la población derechohabiente. En este contexto, el horizonte de suficiencia financiera estimado en 10 años ya considera el impacto de la inversión estratégica que se encuentra en marcha. Los resultados obtenidos señalan la necesidad de mantener y profundizar las medidas de eficiencia, disciplina financiera y planeación institucional, para preservar la sostenibilidad del IMSS y continuar fortaleciendo su capacidad de atención.

En este sentido, el modelo financiero y actuarial del Instituto constituye una herramienta fundamental para orientar la toma de decisiones y definir la temporalidad de ejecución de nuevos proyectos. Su propósito es asegurar que las inversiones estratégicas se programen de manera ordenada, con base en la capacidad financiera disponible, las necesidades operativas prioritarias y el impacto esperado en la atención. De esta forma, el IMSS puede continuar impulsando proyectos de infraestructura, equipamiento médico, fortalecimiento de personal y modernización institucional, sin comprometer la sostenibilidad financiera de mediano y largo plazo.

Esta clasificación facilita identificar la naturaleza de cada riesgo y, sobre todo, orientar las estrategias de mitigación. Los riesgos del entorno requieren acciones de adaptación y planeación prospectiva; los riesgos de la operación demandan mejoras en procesos, infraestructura, tecnología y gestión institucional; los derivados de pasivos contingentes, entre los que destaca el Régimen de Jubilaciones y Pensiones (RJP), exigen seguimiento financiero

permanente, planeación de liquidez y control de obligaciones, además de prevención y defensa jurídica en el caso de las contingencias litigiosas; por su parte, los riesgos de financiamiento requieren medidas estructurales para preservar la suficiencia de los seguros y la sostenibilidad del Instituto en el largo plazo.

X.1. Clasificación de riesgos institucionales

Para ordenar el análisis de los principales riesgos identificados, estos se agrupan en cuatro ámbitos: riesgos del entorno, riesgos de la operación, riesgos por pasivos contingentes y riesgos de financiamiento. Esta clasificación permite distinguir entre los factores externos que inciden sobre los ingresos y la demanda de servicios; los elementos internos que pueden afectar la eficiencia y continuidad operativa; las obligaciones presentes o posibles que pueden generar presiones financieras futuras, y los retos asociados con la suficiencia de las fuentes de financiamiento de los seguros que administra el Instituto.

Riesgos del entorno

Este grupo comprende los factores económicos, laborales, demográficos, epidemiológicos y sociales que inciden en la capacidad financiera y operativa del IMSS. En este ámbito se ubican, entre otros, la desaceleración económica, la informalidad laboral, el desempeño de los mercados financieros, la coyuntura internacional, la evolución del empleo formal y del salario base de cotización, el envejecimiento de la población derechohabiente, la transición epidemiológica y el crecimiento de enfermedades crónico-degenerativas. Estos factores no dependen directamente de la operación institucional, pero modifican tanto la base de ingresos, la demanda esperada de prestaciones médicas, económicas y sociales y los precios de los bienes y servicios.

Riesgos de la operación

Son los que se relacionan con los procesos y recursos necesarios para otorgar servicios de manera oportuna, eficiente y continua. En este ámbito se ubican los riesgos asociados con la capacidad instalada, la disponibilidad y el funcionamiento del equipo médico, la planeación y abasto de medicamentos e insumos, la productividad de los servicios médicos, la digitalización de procesos, la emisión y control de incapacidades, así como la infraestructura física y tecnológica del Instituto. Su adecuada gestión es indispensable para traducir los recursos disponibles en mejores resultados de atención y en un uso más eficiente del gasto.

Riesgos por pasivos contingentes

En esta categoría se incorporan aquellas obligaciones que pueden generar presiones financieras para el IMSS por compromisos devengados, eventos futuros o resoluciones pendientes. En este grupo se destaca el pasivo asociado al RJP, cuyo pago continuará representando una presión relevante sobre el flujo institucional durante los próximos años. También se incluyen las contingencias de carácter litigioso, particularmente los juicios laborales, administrativos, civiles y mercantiles. Aunque no todos estos riesgos se convierten en gasto efectivo en el mismo ejercicio, su seguimiento permite anticipar posibles impactos presupuestarios y fortalecer las estrategias de planeación financiera, prevención, defensa jurídica, conciliación y control.

Riesgos de financiamiento

Estos riesgos se refieren a la suficiencia y estructura de las fuentes de ingreso necesarias para cubrir las obligaciones presentes y futuras de los seguros que administra el IMSS. En este ámbito se destaca el déficit estructural del Seguro de Enfermedades y Maternidad (SEM). Asimismo, resulta relevante dar seguimiento a las presiones temporales de liquidez que pueden derivarse de la participación del Instituto en el otorgamiento de prestaciones de solidaridad social, hasta que se formalicen y operen los mecanismos de compensación correspondientes. Estos riesgos requieren análisis actuarial permanente, disciplina presupuestaria, eficiencia en el gasto, planeación de flujos y evaluación de alternativas que fortalezcan la correspondencia entre ingresos, obligaciones y necesidades de atención.

X.2. Principales riesgos y estrategias prioritarias para su mitigación

A partir de la clasificación anterior, se identifican los riesgos específicos que requieren seguimiento prioritario por su posible impacto en la sostenibilidad financiera del Instituto y en su capacidad para otorgar prestaciones médicas, económicas y sociales de manera oportuna y suficiente (Cuadro X.1).

Cuadro X.1.
Identificación de los principales riesgos

Clasificación	Principales riesgos identificados
Riesgos del entorno	i) Riesgos para la base contributiva. ii) Transición demográfica y epidemiológica.
Riesgos de la operación	i) Incremento del gasto de operación por encima de lo previsto, asociado con servicios de personal, medicamentos y material de curación, equipo médico, servicios médicos integrales, incapacidades e inversión física. ii) Rezagos en la simplificación de procesos, digitalización e interoperabilidad de sistemas institucionales.
Riesgos por pasivos contingentes	i) Pasivo laboral. ii) Contingencias litigiosas.
Riesgos de financiamiento	i) Seguros con riesgos específicos de sostenibilidad. ii) Presiones temporales de liquidez asociadas a la instrumentación de mecanismos de compensación por prestaciones de solidaridad social.

Fuente: Dirección de Finanzas, IMSS.

Estos riesgos, su impacto y las estrategias para su mitigación se desarrollan en los apartados siguientes, conforme a su naturaleza e implicaciones para la planeación institucional.

X.2.1. Riesgos para la base contributiva

El crecimiento de los ingresos del IMSS depende, en gran medida, de la evolución del empleo formal, del salario base de cotización y de la permanencia de las personas aseguradas en esquemas contributivos. Durante 2025, el Instituto mantuvo un crecimiento positivo tanto en puestos de trabajo como en salarios reales. Sin embargo, este avance ocurrió en un entorno de menor crecimiento económico y de aumento de la informalidad laboral.

En este contexto, una parte relevante del crecimiento de los puestos registrados se explicó por la incorporación de personas trabajadoras de plataformas digitales. Este avance es relevante desde una perspectiva de ampliación de cobertura, pero también requiere seguimiento específico. Al tratarse de un esquema reciente, será necesario monitorear la permanencia de las personas trabajadoras, su densidad de cotización, contribución a los ingresos, estabilidad laboral y demanda futura de prestaciones médicas y económicas.

La ampliación de cobertura es una prioridad institucional y social. No obstante, para preservar el equilibrio financiero, cada nuevo esquema de aseguramiento debe acompañarse de mecanismos de evaluación que permitan estimar ingresos, costos esperados, perfil de riesgo, permanencia y efectos sobre la demanda de servicios médicos y prestaciones económicas. En este sentido, el fortalecimiento de los sistemas institucionales y de los registros administrativos ha incrementado la capacidad del IMSS para generar análisis más precisos sobre estos esquemas. Asimismo, se avanza en desarrollos digitales y procesos internos orientados a realizar estas evaluaciones de manera más expedita y sistemática. Sus resultados permitirán contar con elementos objetivos para definir reglas de operación que contribuyan a la sostenibilidad financiera de los nuevos esquemas de aseguramiento.

En este contexto, resulta necesario mantener y fortalecer las estrategias de incorporación, recaudación, fiscalización, simplificación de trámites, digitalización y cumplimiento voluntario. Estas acciones permiten ampliar la cobertura, facilitar el cumplimiento de obligaciones patronales y proteger los ingresos necesarios para financiar las prestaciones establecidas en la Ley del Seguro Social.

X.2.2. Transición demográfica y epidemiológica

El envejecimiento de la población derechohabiente y la mayor prevalencia de enfermedades crónico-degenerativas constituyen una presión estructural sobre la sostenibilidad financiera y operativa del IMSS. Estos fenómenos incrementan la demanda de consultas, estudios diagnósticos, medicamentos, atención hospitalaria, servicios de alta especialidad, incapacidades y tratamientos de largo plazo.

El principal efecto financiero se observa en el SEM, especialmente en la cobertura de Gastos Médicos para Pensionados, que concentra una población con mayor edad, mayor frecuencia de uso de servicios médicos y costos promedio más elevados. Por ello, su presión financiera seguirá aumentando durante los próximos años si no se fortalecen las estrategias de prevención, promoción de la salud, detección oportuna, control de enfermedades crónicas y atención primaria.

La prevención debe entenderse como una estrategia sanitaria y financiera. La reducción de complicaciones asociadas a enfermedades como diabetes, hipertensión arterial, enfermedad renal crónica, cáncer, padecimientos cardiovasculares y otros padecimientos de alto impacto permitiría contener hospitalizaciones evitables, tratamientos de alta complejidad, incapacidades y pérdida de años de vida saludable, además de mejorar la calidad de vida de la población derechohabiente.

Para que esta estrategia tenga efectos sostenibles, las acciones preventivas deben acompañarse de indicadores de seguimiento. Entre los más relevantes se encuentran la detección oportuna, el control clínico efectivo, la reducción de complicaciones, el uso adecuado de medicamentos y la disminución de hospitalizaciones evitables.

X.2.3. Incremento en gasto de operación por encima de lo esperado

El gasto de operación del Instituto está expuesto a presiones asociadas con el crecimiento de la demanda de servicios, la transición demográfica y epidemiológica, la ampliación de cobertura, la incorporación de nueva infraestructura, la renovación tecnológica y la necesidad de fortalecer la capacidad efectiva de atención. En este contexto, uno de los riesgos operativos relevantes consiste en que el gasto en servicios de personal, medicamentos y material de curación, equipo médico, servicios médicos integrales, incapacidades e inversión física crezca por encima de lo esperado, generando presiones presupuestarias en la sostenibilidad financiera de largo plazo.

En los servicios de personal, el riesgo se relaciona con la necesidad de contar con plantillas suficientes y perfiles adecuados para operar la infraestructura existente y la nueva capacidad instalada. La contratación de personal médico, de Enfermería, técnico y administrativo es indispensable para mejorar la oportunidad de la atención; sin embargo, al representar uno de los componentes más relevantes del gasto institucional, requiere una planeación estrechamente vinculada con la productividad, la apertura de unidades, la reorganización de servicios y las necesidades epidemiológicas de la población derechohabiente.

Entre los mitigantes señalados en el Informe destacan la planeación de plazas conforme a las prioridades operativas, el fortalecimiento de especialidades con mayor demanda, la reorganización de procesos de atención y el seguimiento de indicadores que permitan vincular el crecimiento de la plantilla con mejoras efectivas en capacidad de atención, oportunidad y productividad.

En el caso de medicamentos y material de curación, el riesgo se asocia con desviaciones entre la demanda estimada y la demanda observada, cambios en patrones de prescripción, incorporación de nuevos tratamientos, variaciones de precios y posibles rezagos en los procesos de planeación, adquisición, distribución, así como gestión y control de inventarios.

Los mitigantes relevantes se orientan a fortalecer la planeación de la demanda, mejorar la calidad de los registros de consumo y prescripción, dar seguimiento al surtimiento oportuno, consolidar mecanismos de monitoreo de inventarios y reforzar la coordinación entre las áreas médicas, administrativas y financieras.

Asimismo, resulta prioritario impulsar la prescripción razonada y la selección de insumos con base en evidencia clínica y criterios de costo-efectividad, a fin de garantizar tratamientos adecuados y oportunos que favorezcan el uso eficiente de los recursos institucionales.

Estas acciones permiten reducir compras extraordinarias, evitar mermas o faltantes, promover decisiones terapéuticas sustentadas y favorecer un uso más eficiente de los recursos destinados a insumos para la salud.

Respecto del equipo médico, el riesgo se vincula con el costo de adquisición, sustitución, mantenimiento y operación de equipos estratégicos, así como con el impacto que tienen las fallas, la obsolescencia o la indisponibilidad de equipo sobre la oportunidad diagnóstica y terapéutica.

Los mitigantes identificados incluyen la inversión programada en equipamiento, la celebración de contratos de mantenimiento preventivo y correctivo, la mejora de los registros institucionales de inventario y estado físico, así como la priorización de equipos de alto impacto en la atención médica. Adicionalmente, los nuevos esquemas de adquisición y contratación han fortalecido el conocimiento de mercado, identificar alternativas tecnológicas disponibles y generar mejores condiciones de compra, lo que ha contribuido a disminuir los costos de adquisición sin afectar la calidad, seguridad y funcionalidad del equipo requerido. El seguimiento de estos elementos permite orientar la renovación tecnológica, reducir tiempos de inactividad, mejorar la productividad de los servicios y contener costos asociados con reparaciones no programadas o subutilización de infraestructura.

En cuanto a los servicios médicos integrales, el riesgo se relaciona con el incremento en la demanda de servicios especializados, el uso de esquemas para complementar la capacidad institucional y la necesidad de asegurar que dichos servicios se contraten bajo las mejores condiciones de cobertura geográfica, oportunidad, calidad y costo-efectividad.

Como mitigantes, el Informe plantea la importancia de fortalecer la planeación de necesidades, mejorar la supervisión de contratos, evaluar el desempeño de los servicios contratados y vincular su utilización con indicadores de producción, cobertura geográfica, oportunidad y resultados en salud. Estas acciones contribuyen a que los servicios médicos integrales funcionen como mecanismos de apoyo a la capacidad institucional, sin generar presiones de gasto no justificadas o desvinculadas de las necesidades prioritarias de atención.

Sobre las incapacidades, el riesgo se asocia con incrementos en el número de días subsidiados, lo que incide en los montos pagados por enfermedad general y riesgos de trabajo. Este componente tiene una doble dimensión: financiera, por el gasto en prestaciones económicas, y operativa, por su relación con procesos médicos, administrativos y de certificación de derechos.

Los mitigantes señalados se orientan a fortalecer la digitalización y trazabilidad del proceso de emisión de certificados de incapacidad temporal para el trabajo, así como a generar parámetros clínicos de referencia para los padecimientos que concentran un mayor número de días subsidiados. Estos parámetros no buscan limitar el tiempo de recuperación que requiere cada persona trabajadora, sino apoyar la toma de decisiones médicas con criterios homogéneos, y evidencia clínica para atender la evolución particular de cada caso. Asimismo, el análisis de variaciones entre Órganos de Operación Administrativa Desconcentrada (OOAD) permitirá identificar desviaciones, áreas de oportunidad y posibles eficiencias en la gestión de esta prestación, preservando en todo momento la pertinencia médica de las incapacidades y la protección del ingreso de las personas trabajadoras durante su recuperación.

Finalmente, en la inversión física, el riesgo se vincula con el costo de construcción, ampliación, sustitución, conservación y mantenimiento de unidades médicas y no médicas, así como con la necesidad de asegurar que los proyectos se ejecuten conforme a los tiempos planeados y con criterios de prioridad, factibilidad y sostenibilidad financiera.

La inversión en infraestructura es indispensable para reducir brechas de capacidad instalada y responder al crecimiento de la demanda. Sin embargo, también genera compromisos futuros de operación, mantenimiento, equipamiento y personal. Por ello, los mitigantes relevantes consisten en fortalecer la planeación multianual de proyectos, priorizar las intervenciones con mayor impacto en la atención, vincular la inversión física con el modelo financiero y actuarial del Instituto, y dar seguimiento a los efectos de las obras en capacidad instalada, productividad, tiempos de espera y calidad de los servicios.

En conjunto, la mitigación de este riesgo requiere consolidar una planeación integral del gasto operativo, de manera que las decisiones sobre personal, insumos, equipamiento, servicios médicos, incapacidades e inversión física se analicen de forma coordinada. Por ello, permitirá anticipar presiones presupuestarias, identificar eficiencias, priorizar intervenciones de mayor impacto y asegurar que el crecimiento del gasto se traduzca en mejoras verificables en la capacidad de atención, sin comprometer la sostenibilidad financiera del Instituto.

X.2.4. Rezagos en la simplificación de procesos, digitalización e interoperabilidad de sistemas institucionales

Otro riesgo operativo relevante corresponde a los posibles rezagos en la simplificación de procesos y en la digitalización de trámites, registros y sistemas institucionales. La persistencia de procesos fragmentados, manuales o con baja interoperabilidad puede incrementar los tiempos de respuesta, elevar los costos operativos, limitar la trazabilidad de la información y dificultar la toma de decisiones basada en datos oportunos y consistentes.

Este riesgo tiene efectos transversales sobre distintos procesos del Instituto. En cuanto a la incorporación y recaudación, la digitalización de trámites y el fortalecimiento de registros administrativos son herramientas relevantes para ampliar la cobertura, facilitar el cumplimiento voluntario y dar seguimiento a los nuevos esquemas de aseguramiento, como los aplicables a las personas trabajadoras del hogar, independientes y de plataformas digitales. En estos casos, contar con información oportuna y sistematizada permite evaluar con mayor precisión la permanencia, densidad de cotización, ingresos esperados, costos de aseguramiento y demanda de prestaciones asociadas a las nuevas poblaciones incorporadas.

En el ámbito médico, los avances en herramientas digitales permiten fortalecer la capacidad resolutive y mejorar la organización de los servicios. En este sentido destacan las acciones de telemedicina, el fortalecimiento de las Unidades Médicas de Atención Ambulatoria y la operación de Unidades Médicas de Tiempo Completo, que contribuyen a ampliar la oferta de atención sin depender exclusivamente de nueva infraestructura.

Asimismo, la digitalización y mejora de registros institucionales permite dar seguimiento a pacientes, citas, productividad médica, uso de servicios, disponibilidad de insumos y resultados de atención, elementos indispensables para reducir tiempos de espera y orientar mejor los recursos disponibles.

En lo administrativo y financiero, los desarrollos digitales son relevantes para mejorar la planeación y control de procesos críticos, como la gestión de medicamentos y material de curación, el monitoreo de inventarios, la trazabilidad del abasto, el seguimiento del equipo médico, la evaluación de servicios médicos integrales y el control de incapacidades. En particular, la digitalización del proceso de emisión de certificados de incapacidad temporal para el trabajo y la generación de parámetros clínicos de referencia pueden fortalecer la trazabilidad, homogeneidad y pertinencia médica de esta prestación, sin afectar el tiempo de recuperación que requiere cada persona trabajadora.

En este ámbito, las herramientas institucionales, como la Plataforma Hospitalaria del Ecosistema Digital en Salud (PHEDS) y el sistema Finanzas Armonizadas y Transparentes (Finat), han contribuido a fortalecer la trazabilidad de procesos, la integración de información operativa y la disponibilidad de datos para la toma de decisiones. Estos desarrollos permiten avanzar hacia una gestión más oportuna de insumos, servicios, productividad y recursos institucionales, al reducir la fragmentación de información y facilitar el seguimiento de procesos críticos. Su consolidación e interoperabilidad con otros sistemas del Instituto representa un mitigante relevante frente a riesgos asociados con tiempos de respuesta, costos operativos, control del gasto y oportunidad en la atención.

Los mitigantes identificados se orientan a consolidar la interoperabilidad de los sistemas institucionales, mejorar la calidad y oportunidad de los registros administrativos, automatizar trámites, fortalecer la trazabilidad de procesos críticos y ampliar el uso de información para la planeación.

En ese sentido, las herramientas de gestión y monitoreo de insumos, sistemas para el seguimiento de productividad y servicios, plataformas de atención no presencial y registros digitales vinculados con nuevos esquemas de aseguramiento permiten que la digitalización se traduzca en mejores controles, menores cargas operativas y decisiones más oportunas.

La simplificación de procesos y la digitalización deben entenderse como habilitadores de eficiencia institucional. Su avance permite reducir tiempos de atención y respuesta, mejorar la coordinación entre áreas, disminuir costos administrativos, fortalecer controles internos y contar con información más confiable para evaluar resultados. Por ello, resulta prioritario continuar impulsando proyectos digitales con enfoque transversal, orientados a mejorar la experiencia de la población derechohabiente, fortalecer la gestión operativa y contribuir a la sostenibilidad financiera del IMSS.

X.2.5. Pasivo laboral y contingencias litigiosas

El RJP continúa siendo uno de los principales compromisos financieros del Instituto en su carácter de patrón. Aunque se trata de un régimen cerrado, que ya no genera nuevos derechos para personal de nuevo ingreso, sus obligaciones seguirán presionando el flujo de efectivo institucional durante la próxima década.

El Instituto deberá seguir financiando el pago de estas obligaciones conforme se vuelvan exigibles, con ingresos corrientes y, cuando corresponda, con recursos del Fondo Laboral. Por ello, la planeación financiera deberá considerar el periodo de mayor presión del RJP, así como el efecto que este gasto puede tener sobre la disponibilidad de recursos para operación, inversión e infraestructura.

También destaca que los esquemas posteriores a las reformas de 2005 y 2008 muestran una construcción financiera más equilibrada, lo que confirma la importancia de las medidas adoptadas para evitar la generación de

nuevos pasivos laborales de magnitud similar. En adelante, el reto será preservar la suficiencia de estos esquemas, mantener una política de inversión prudente y asegurar que los beneficios laborales futuros cuenten con fuentes de financiamiento sostenibles.

En el ámbito litigioso, el Instituto ha logrado reducir el número de asuntos en trámite y contener el pago efectivo derivado de sentencias firmes. No obstante, las contingencias jurídicas deben seguir tratándose como un riesgo financiero relevante.

La estrategia institucional se enfoca no solo en la defensa de los asuntos existentes, sino también en la prevención de nuevos litigios, la mejora de actos administrativos, la conciliación cuando resulte conveniente, la reducción de causas recurrentes y el seguimiento de indicadores de efectividad jurídica.

X.2.6. Seguros con riesgos específicos de sostenibilidad

El análisis de los seguros muestra diferencias relevantes en su Situación Financiera. Los Seguros de Riesgos de Trabajo y de Invalidez y Vida mantienen una perspectiva favorable en el largo plazo. En contraste, el SEM concentra el principal reto estructural, debido al crecimiento de la demanda médica, al mayor costo de los tratamientos y a la insuficiencia relativa de sus fuentes de financiamiento frente a las obligaciones esperadas.

En el caso del SEM, la cobertura de Gastos Médicos para Pensionados requiere especial atención. La brecha entre ingresos y gastos esperados se explica por una población de mayor edad, con mayor carga de enfermedad y necesidades de atención más prolongadas. Atender este riesgo requiere una estrategia integral que combine prevención, gestión de enfermedades crónicas, uso eficiente de medicamentos e insumos, fortalecimiento de la atención primaria, incorporación de tecnologías costo-efectivas y revisión de alternativas financieras.

En el caso del Seguro de Guarderías y Prestaciones Sociales (SGPS), el seguimiento financiero deberá considerar la evolución de la demanda y la suficiencia de su fuente de financiamiento, particularmente ante la ampliación de derechos y la necesidad de preservar la calidad, seguridad y oportunidad de los servicios.

X.2.7. Presiones temporales de liquidez asociadas a la instrumentación de mecanismos de compensación por prestaciones de solidaridad social

La participación del IMSS en el otorgamiento de prestaciones de solidaridad social responde a una prioridad pública dirigida a ampliar el acceso efectivo a servicios y prestaciones de seguridad social para grupos de población que requieren mecanismos específicos de protección. No obstante, cuando la prestación de estos servicios implica que el IMSS absorba temporalmente costos de atención u operación antes de que se formalicen y operen los mecanismos de compensación correspondientes, pueden generarse presiones transitorias sobre la liquidez institucional.

Este riesgo no se refiere a la viabilidad de la política de solidaridad social, sino a la necesidad de asegurar que su implementación cuente con reglas financieras claras, mecanismos oportunos de registro, estimación y compensación de costos, así como con una programación de flujos compatible con las obligaciones ordinarias de los seguros que administra el Instituto. En ausencia de estos elementos, la atención de nuevas poblaciones o el otorgamiento de prestaciones no contributivas puede generar descalces temporales entre el momento en que se realiza el gasto y el momento en que se reconoce o compensa financieramente.

La relevancia de este riesgo radica en que el IMSS administra seguros financiados principalmente con cuotas obrero-patronales y aportaciones del Gobierno Federal, cuyos recursos deben destinarse al cumplimiento de obligaciones específicas con la población asegurada y derechohabiente. Por ello, la participación en esquemas de solidaridad social debe acompañarse de mecanismos que permitan identificar con precisión a la población atendida, los servicios otorgados, los costos asociados, las fuentes de financiamiento correspondientes y la temporalidad de recuperación o compensación de los recursos.

Los mitigantes de este riesgo se relacionan con el fortalecimiento de la coordinación institucional, la definición de reglas operativas y financieras, y la mejora de los sistemas de información. En particular, resulta prioritario contar con registros que permitan distinguir los servicios otorgados por tipo de población y fuente de financiamiento; metodologías de costeo que permitan estimar el gasto asociado a las prestaciones; mecanismos de conciliación y validación de información entre las áreas participantes, y calendarios de compensación que reduzcan descalces de liquidez.

Asimismo, la planeación financiera y actuarial del Instituto constituye un insumo central para anticipar el efecto de estos esquemas sobre los flujos institucionales. La incorporación de escenarios de gasto, recuperación

y compensación permite dimensionar el impacto temporal sobre la liquidez, establecer márgenes de operación prudentes y evitar que la atención de obligaciones adicionales afecte la suficiencia financiera de los seguros. En este sentido, la gestión del riesgo requiere no solo cuantificar el costo de las prestaciones, sino también definir la temporalidad con la que se reconocen y compensan los recursos asociados.

Como estrategia prioritaria, el IMSS continúa fortaleciendo los mecanismos de registro, costeo, conciliación y compensación oportuna relacionados con prestaciones de solidaridad social, lo que permite asegurar que la participación del Instituto en estos esquemas se realice con criterios de transparencia financiera, trazabilidad operativa y sostenibilidad presupuestaria. De esta forma, será posible contribuir a los objetivos de protección social sin comprometer el equilibrio financiero de los seguros ni la capacidad del IMSS para atender sus obligaciones.

X.3. Conclusiones

El análisis desarrollado en este Informe muestra que el IMSS mantiene una posición financiera que le permite continuar cumpliendo con sus obligaciones y avanzar en el fortalecimiento de su capacidad operativa. Los resultados también confirman que la sostenibilidad institucional depende de mantener una planeación financiera y actuarial permanente, capaz de orientar la temporalidad de nuevas inversiones, priorizar proyectos con mayor impacto en la atención y preservar el equilibrio de los seguros que administra el Instituto.

Durante los últimos años, los horizontes de suficiencia financiera permitieron impulsar inversiones estratégicas en infraestructura, equipamiento médico y personal, orientadas a reducir brechas de capacidad instalada y mejorar la oportunidad de los servicios. El horizonte de suficiencia estimado en 10 años ya incorpora el efecto de esta inversión en marcha, por lo que el reto hacia adelante será asegurar que las decisiones de expansión, modernización y fortalecimiento operativo se ejecuten de manera ordenada conforme a la capacidad financiera disponible y a las necesidades prioritarias de la población derechohabiente.

Los principales riesgos identificados muestran que las presiones financieras del IMSS tienen una naturaleza diversa. Los riesgos del entorno inciden sobre la base contributiva y sobre la demanda futura de servicios, particularmente por la evolución del empleo formal, la informalidad, los nuevos esquemas de aseguramiento, el envejecimiento de la población derechohabiente y el crecimiento de enfermedades crónico-degenerativas. En este ámbito, resulta prioritario fortalecer la incorporación, recaudación, fiscalización, evaluación de nuevos esquemas de cobertura, prevención y detección oportuna, con el propósito de proteger los ingresos institucionales y anticipar presiones de gasto.

En los riesgos de la operación, el desafío consiste en asegurar que el crecimiento del gasto se traduzca en mayor capacidad efectiva de atención. Para ello, la planeación de servicios de personal, medicamentos y material de curación, equipo médico, servicios médicos integrales, incapacidades e inversión física debe realizarse de manera coordinada y con base en evidencia.

La mitigación de estos riesgos requiere fortalecer la planeación de la demanda, los modelos de atención domiciliaria, la prescripción razonada, la selección de insumos costo-efectivos, el mantenimiento y la renovación de equipo médico, la supervisión de servicios contratados, la pertinencia médica de las incapacidades y la evaluación del impacto de las inversiones sobre productividad, tiempos de espera y calidad de los servicios.

Asimismo, la simplificación de procesos, la digitalización y la interoperabilidad de los sistemas institucionales constituyen habilitadores estratégicos para mejorar la eficiencia operativa y financiera. El fortalecimiento de herramientas como la PHEDS y el sistema Finat, así como de otros registros y desarrollos institucionales, permite mejorar la trazabilidad de procesos críticos, reducir cargas administrativas, generar información más confiable y tomar decisiones oportunas sobre insumos, servicios, productividad, nuevos esquemas de aseguramiento y control del gasto.

Sobre los pasivos contingentes, el RJP continuará representando una presión relevante sobre el flujo institucional durante los próximos años, aun cuando se trata de un régimen cerrado. Por ello, será necesario mantener una planeación de liquidez que considere el calendario de exigibilidad de estas obligaciones y el uso prudente de los recursos del Fondo Laboral. En paralelo, las contingencias litigiosas requieren mantener acciones de prevención, defensa jurídica, conciliación y mejora de actos administrativos, a fin de reducir la generación de nuevas controversias y contener posibles erogaciones futuras.

Asimismo, resulta indispensable continuar con la estrategia de inversión financiera que el Instituto ha fortalecido en los últimos años, orientada a mantener portafolios diversificados y alineados con una relación adecuada entre riesgo y rendimiento. La administración de las Reservas y de las Subcuentas del Fondo Laboral

debe considerar la naturaleza, el horizonte y la exigibilidad de las obligaciones que respaldan, mediante criterios de seguridad, liquidez, rentabilidad y diversificación. Una gestión prudente y profesional de los recursos financieros contribuye a preservar su valor en el tiempo, fortalecer la capacidad para atender compromisos futuros y respaldar la sostenibilidad financiera de mediano y largo plazo.

Los riesgos de financiamiento se concentran principalmente en el SEM, particularmente en la cobertura de Gastos Médicos para Pensionados. Su atención requiere una estrategia integral que combine medidas de eficiencia en el gasto, fortalecimiento de la atención primaria, prevención y control de enfermedades crónicas, incorporación de tecnologías costo-efectivas y análisis de alternativas financieras que permitan mejorar la correspondencia entre ingresos, obligaciones y necesidades de atención. Asimismo, deberán mantenerse bajo seguimiento los seguros que presentan retos específicos de sostenibilidad, como el SGPS.

La participación del IMSS en prestaciones de solidaridad social contribuye a objetivos públicos de protección social; sin embargo, para evitar presiones temporales de liquidez, su implementación debe acompañarse de mecanismos claros de registro, costeo, conciliación y compensación oportuna. La trazabilidad de la población atendida, los servicios otorgados, los costos asociados y las fuentes de financiamiento permitirán asegurar que estos esquemas se instrumenten con transparencia financiera y sin comprometer el equilibrio de los seguros ni la capacidad del Instituto para atender sus obligaciones. En particular, con el objetivo de garantizar la no afectación de las finanzas de las instituciones que integran el Sistema Universal de Salud (SUS), con la participación de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP), se definirán los instrumentos jurídicos, procedimientos y mecanismos para la operación del esquema de compensación presupuestaria y financiera entre instituciones.

Asimismo, conforme a las disposiciones de creación del SUS, las instituciones que lo integran deberán presupuestar obligatoriamente cada año los recursos necesarios para cubrir las compensaciones correspondientes, por lo cual el Instituto eventualmente como entidad prestadora de servicios no deberá tener afectación alguna por la participación en las prestaciones de solidaridad social.

En conjunto, los riesgos identificados confirman la necesidad de mantener una agenda institucional orientada a preservar la suficiencia financiera, a través de la revisión permanente del modelo financiero y actuarial, así como del seguimiento a estrategias para fortalecer la capacidad operativa y mejorar la calidad y oportunidad de los servicios. Esta agenda debe apoyarse en cinco líneas prioritarias: i) fortalecer la base contributiva y evaluar los nuevos esquemas de aseguramiento; ii) profundizar la prevención y el control de enfermedades de alto impacto; iii) consolidar la planeación integral del gasto operativo y de inversión; iv) acelerar la simplificación, digitalización e interoperabilidad institucional, v) y mantener el seguimiento financiero de los pasivos contingentes, los seguros con riesgos de sostenibilidad y los mecanismos de compensación asociados a prestaciones de solidaridad social.

El IMSS enfrenta el reto de continuar ampliando y mejorando sus servicios sin comprometer su sostenibilidad financiera de mediano y largo plazo. Para ello, el modelo financiero y actuarial debe seguir siendo la base para ordenar decisiones, priorizar inversiones, anticipar riesgos y definir estrategias de mitigación. La disciplina financiera, la eficiencia operativa, la planeación prospectiva y el uso de información confiable permitirán que el Instituto continúe fortaleciendo su capacidad de atención y cumpliendo con su mandato de seguridad social para la población derechohabiente.