



Este capítulo analiza la situación del Seguro de Enfermedades y Maternidad (SEM) que, de acuerdo con la propia Ley, otorga prestaciones en especie y en dinero a trabajadores afiliados, pensionados y sus familiares en caso de enfermedad no profesional o maternidad<sup>82</sup>.

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

La sección V.1 analiza la situación financiera de este seguro al 31 de diciembre de 2014, a través del estado de actividades. La situación financiera que se presenta demuestra que, a pesar de que el seguro continúa operando con un déficit de operación con el registro parcial del costo neto del periodo de las obligaciones laborales del Instituto, se redujo de 48,046 millones de pesos en el 2013 a 44,332 millones de pesos. Esta reducción del déficit en el Seguro de Enfermedades y Maternidad se logró principalmente por un aumento en la recaudación.

La sección V.2 muestra las mejoras en productividad y eficiencia, y cómo se ha mantenido el acceso a los servicios de salud, mejorando la productividad sin un incremento significativo de los costos. El otorgamiento

<sup>82</sup> Ley del Seguro Social, Artículo 84.

de servicios en salud en esta Administración ha tenido un incremento comparado con el periodo 2009-2012; los egresos hospitalarios, el número de cirugías y los trasplantes, la prescripción razonada de estudios y recetas son mayores. Además, han incrementado los principales indicadores de acceso y satisfacción de los derechohabientes. Aunque parezca paradójico, es posible mejorar la calidad de la atención y contener el gasto con simplificación y reordenamiento de procesos.

La sección V.3 presenta las proyecciones de ingresos y gastos para el periodo 2015-2050, tanto en lo relativo a los asegurados, como al ramo de Gastos Médicos de Pensionados. Asimismo, se presentan las primas de equilibrio necesarias para cada ramo. Las proyecciones a 2050 presentadas en esta sección indican que la prima de contribución definida en la Ley del Seguro Social no es suficiente para hacer frente a los gastos esperados, aun considerando que las estimaciones del déficit para el 2015 se han reducido en comparación con lo presentado en el Informe anterior para el mismo año.

La sección V.4 presenta una evaluación de las necesidades en salud de la población afiliada a través de dos métodos: i) los Años de Vida Saludables Perdidos (AVISA), y ii) los principales motivos de demanda de atención médica. Las enfermedades crónico-degenerativas no transmisibles representan la mayor carga de enfermedad medida por Años de Vida Saludables Perdidos y los principales motivos de Consulta Externa, mientras que las infecciones respiratorias e intestinales, la atención al parto, y los accidentes, siguen representando los principales motivos de demanda de atención en los servicios de Urgencias y de Hospitalización. Como se mencionó en el Capítulo I, esta situación es el resultado típico de la transición epidemiológica de una economía emergente, donde persisten las enfermedades del desarrollo, a la vez que se presentan los problemas de una población envejecida. Por lo anterior, el Instituto enfrenta el doble reto de tratar una población

con enfermedades crónico-degenerativas y con enfermedades agudas (infecciosas y accidentes) que compiten por los recursos de atención en los servicios de salud. Así, el IMSS tiene dos grandes objetivos en el Seguro de Enfermedades y Maternidad: i) mejorar la gestión de la atención en todos los niveles, para poder satisfacer la creciente demanda de servicios, y ii) tener una estrategia frontal contra las enfermedades crónicas no transmisibles.

La sección V.5 analiza el primer objetivo, que consiste en la manera de mejorar la gestión de la atención médica para satisfacer la creciente demanda de los servicios de salud, a través de cuatro estrategias relacionadas: i) fortalecer la prevención; ii) mejorar la gestión y eficiencia de los procesos médicos; iii) reorganizar la atención médica para eliminar los principales cuellos de botella en el transitar de los derechohabientes por los servicios de salud, y iv) prevenir riesgos maternos y mejorar la atención obstétrica.

La sección V.6 se enfoca en el segundo gran objetivo del Seguro de Enfermedades y Maternidad, que es hacer frente a las enfermedades crónicas no transmisibles, que debido a su complejidad, implican un alto grado de dificultad técnica y elevado costo de atención, por lo que ejercen presión en las finanzas institucionales y agravan la precaria condición financiera de este seguro. En la misma sección se presentan estimaciones del gasto que ejerce el Instituto con motivo de la atención a seis padecimientos que concentran cerca de 32% del gasto total de este seguro: hipertensión arterial y enfermedades cardiovasculares asociadas, diabetes mellitus, cáncer cérvico-uterino, cáncer de mama, y VIH/SIDA.

Considerando lo anterior, en el último año el Instituto se ha enfocado en desarrollar y fortalecer cuatro programas: i) un programa para mejorar la atención oportuna y expedita de pacientes con infarto cardiaco, ii) fortalecimiento del programa para atender la diabetes, iii) un modelo integral que posibilita hacer

frente a los cánceres de mayor prevalencia, y iv) un programa enfocado a incrementar la donación y trasplantes de órganos, tejidos y células, que permite ofrecer mejores expectativas de sobrevivencia y de calidad de vida a pacientes diabéticos e hipertensos.

La sección V.7 presenta un plan integral dirigido a consolidar la excelencia médica en el Instituto a través de la capacitación en las mejores sedes nacionales y extranjeras, la formación de recursos humanos y la investigación, incrementa la vitalidad de la educación y eleva su calidad. El IMSS cuenta con una sólida estructura y gran tradición en los campos de educación e investigación, que favorecen la consolidación de este plan integral; en el último año ha suscrito varios convenios con la Secretaría de Educación Pública, el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología, y la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios, entre otros, que han promovido la investigación en el Instituto.

La sección V.8 presenta las contribuciones del IMSS a la construcción del Sistema Nacional de Salud Universal, tal como lo establece el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018. Los resultados de los Convenios de Intercambios han mostrado beneficios en términos

de mejora de la calidad y la oportunidad de la atención a los derechohabientes, al tiempo que se fortalecen las finanzas del Instituto.

## V.1. Estado de actividades

El cuadro V.1 muestra las prestaciones que otorga el Seguro de Enfermedades y Maternidad. El IMSS, a diferencia de otras instituciones, no tiene restricciones en la cobertura de problemas de salud de su población derechohabiente.

El cuadro V.2 presenta el estado de actividades del Seguro de Enfermedades y Maternidad para 2014 bajo dos escenarios: i) con registro parcial, y ii) con registro total del costo neto del periodo del Régimen de Jubilaciones y Pensiones y otras obligaciones laborales.

En 2014, el resultado del ejercicio del Seguro de Enfermedades y Maternidad equivale a un déficit de operación de 44,332 millones de pesos, bajo el escenario de registro parcial del costo neto del periodo de las obligaciones laborales del Instituto, y de 662,608 millones de pesos en el escenario de registro total de las obligaciones.

**Cuadro V.1.**  
**Prestaciones del Seguro de Enfermedades y Maternidad**

Tipo de prestación	Artículos en la Ley del Seguro Social	Concepto	Descripción
En especie	91, 92, 93 y 94	Asistencia médica, quirúrgica, farmacéutica y hospitalaria	En caso de enfermedad no profesional se otorga asistencia al asegurado, pensionado y sus beneficiarios. En maternidad entregan las prestaciones siguientes: I. Asistencia obstétrica. II. Ayuda en especie por seis meses para lactancia. III. Una canastilla al nacer el hijo.
Prestaciones en dinero	96, 97, 98, 100, 101, 104	Subsidios	Subsidio en dinero de 60% del salario base de cotización al asegurado por enfermedad incapacitante para el trabajo, pagado a partir del 4º día de inicio de la enfermedad y hasta por el término de 52 semanas, con prórroga de hasta por 26 semanas más. En embarazo subsidio de 100% del último salario, 42 días antes y 42 días después del parto. Ayuda de gastos de funeral, consistente en dos meses del salario mínimo general que rija en el Distrito Federal en la fecha del fallecimiento.

Fuente: Ley del Seguro Social.

**Cuadro V.2.**  
**Estado de actividades del Seguro de Enfermedades y Maternidad,**  
**al 31 de diciembre de 2014**  
(millones de pesos corrientes)

Concepto	Costo neto del periodo del RJP	
	Con registro parcial	Con registro total
<b>Ingresos y otros beneficios</b>		
<b>Ingresos de la gestión</b>		
Cuotas y aportaciones de seguridad social	206,253	206,253
<b>Ingresos por venta de bienes y servicios</b>		
Ingresos por venta de bienes y servicios de organismos descentralizados	1,329	1,329
<b>Otros ingresos y beneficios</b>		
<b>Ingresos financieros</b>		
Intereses ganados de valores, créditos, bonos	3,339	3,339
Otros ingresos y beneficios varios	19,127	19,127
<b>Total de ingresos</b>	<b>230,048</b>	<b>230,048</b>
<b>Gastos y otras pérdidas</b>		
<b>Gastos de funcionamiento</b>		
Servicios de personal <sup>1/</sup>	134,050	129,412
Materiales y suministros	44,381	44,381
Servicios generales y subrogación de servicios	18,771	18,771
<b>Otros gastos y pérdidas</b>		
Subsidios	10,027	10,027
Estimaciones, depreciaciones y deterioro	6,435	6,435
Otros gastos	5,246	5,246
Pagos a pensionados y jubilados IMSS <sup>1/</sup>	49,155	53,792
Costo por beneficios a empleados (RJP) <sup>2/</sup>	6,315	624,592
<b>Total de gastos</b>	<b>274,380</b>	<b>892,656</b>
<b>Resultado del ejercicio</b>	<b>-44,332</b>	<b>-662,608</b>

<sup>1/</sup> En el rubro de servicios de personal con registro total no se consideran 4,638 millones de pesos correspondientes a los pagos por prima de antigüedad y las aportaciones del Instituto al Régimen de Jubilaciones y Pensiones (RJP), de acuerdo con las cláusulas contractuales, ya que están incluidos en el rubro de pagos a pensionados y jubilados IMSS.

<sup>2/</sup> El costo neto del periodo determinado por el despacho externo Aon México Business Support, S. A. de C. V., por 678,384 millones de pesos en 2014, se integra por los rubros de pagos a pensionados y jubilados IMSS y el costo por beneficios a empleados del Régimen de Jubilaciones y Pensiones.

Fuente: Dirección de Finanzas, IMSS, a partir de los Estados Financieros dictaminados al 31 de diciembre de 2014 y 2013, y de la Valuación Actuarial del Régimen de Jubilaciones y Pensiones y Prima de Antigüedad de los Trabajadores del IMSS, bajo la Norma de Información Financiera D-3 "Beneficios a los Empleados", al 31 de diciembre de 2014 y Proyecciones para 2015.

## V.2. Producción, productividad y acceso en los servicios médicos

El IMSS ha mantenido el acceso, la calidad y calidez de los servicios médicos al mismo tiempo que sanea sus finanzas. Los siguientes cuadros muestran el incremento en la prestación de servicios médicos y los impactos en el acceso y la satisfacción de los derechohabientes.

El cuadro V.3 muestra los principales indicadores de producción y productividad en acciones preventivas y servicios curativos otorgados, comparando los periodos de 2009-2012 con 2013-2014.

En las acciones preventivas, con el programa de PREVENIMSS se alcanzó a 28.7 millones de personas en promedio por año en el periodo del 2013-2014; en este periodo se realizaron 6 millones de chequeos anuales más que en el periodo anterior. La cobertura de vacunación en menores de 1 año se ha mantenido por arriba de 95% (nivel recomendado por la Organización Mundial de la Salud), lo que ha permitido mantener erradicadas o controladas las enfermedades prevenibles mediante esta estrategia. La detección de cáncer de la mujer (mastografía y papanicolaou vaginal) se incrementó entre el periodo 2009-2012 y el periodo 2013-2014, en casi 300 mil mujeres por año para cada padecimiento, logrando realizar 1.1 millones

**Cuadro V.3.**  
**Comparación de indicadores de producción, productividad y desempeño de los servicios médicos, 2009-2012 vs. 2013-2014**  
(cifras en miles y en millones)

Promedios	2009-2012	2013-2014
<b>Prevención</b>		
Chequeos anuales PREVENIMSS (millones)	22.7	28.7
Vacunación (cobertura en menores de un año)	95.2	96.2
Detección cáncer de mama con mastografía <sup>1/</sup> (millones)	0.8	1.1
Detección cáncer cérvico-uterino <sup>2/</sup> (millones)	2.8	3.1
<b>Servicios Otorgados</b>		
Consultas Unidades de Medicina Familiar en primer nivel de atención <sup>3/</sup> (millones)	86.2	87.9
Consultas Especialidades en segundo y tercer niveles de atención (millones)	19	20
Promedio de consultas de atención prenatal (promedio por embarazada)	7.6	8.6
Urgencias atendidas (millones)	17.9	21.2
Egresos hospitalarios (millones)	1.97	2.02
Intervenciones quirúrgicas (millones)	1.48	1.51
Trasplantes realizados <sup>4/</sup> (miles)	1.89	2.41
Recetas totales atendidas (millones)	150.7	175.0
Estudios laboratorio <sup>5/</sup> (millones)	177.1	181.2
Radiodiagnóstico <sup>5/</sup> (millones)	13.3	14.6
Auxiliares de diagnóstico <sup>5/</sup> (millones)	9.5	10.5

<sup>1/</sup> En 2012 y 2013 detecciones de primera vez en mujeres derechohabientes de 50 a 69 años; 2014 en mujeres derechohabientes de 44 a 69 años de edad.

<sup>2/</sup> En 2012 y 2013 número de mujeres de 25 a 64 años de edad con citología cervical de primera vez; 2014 incluye detecciones de primera vez y subsecuentes.

<sup>3/</sup> Incluye consultas dentales.

<sup>4/</sup> Incluye trasplante de riñón, córnea, corazón, hígado y células progenitoras hematopoyéticas.

<sup>5/</sup> No incluye servicios subrogados.

Fuente: Coordinación de Atención Integral a la Salud en el Primer Nivel, IMSS; División de Información en Salud (DIS); Reportes de Gestión 61 y 62, IMSS; Sistema Ejecutivo de Información (SEI).

de detecciones de cáncer de mama con mastografías y 3.1 millones de detecciones de cáncer cérvico-uterino en promedio por año en esta Administración, de tal manera que permitió continuar con el descenso en la mortalidad por estas causas, como se muestra más adelante en la sección V.6.2.

Los servicios curativos otorgados también se han incrementado en esta Administración comparativamente con el periodo 2009-2012. La Consulta Externa aumentó significativamente en los tres niveles de atención; en el primer nivel se otorgaron 88 millones de consultas por año, casi 2 millones de consultas adicionales por año comparado con el periodo anterior. Los servicios de Consulta Externa de especialidad en hospitales de segundo y tercer niveles aumentaron en un millón por año. Los servicios de Urgencias aumentaron su productividad anual en más de 3 millones, para alcanzar más de 21 millones de consultas por año. Los servicios de Hospitalización y Cirugía también aumentaron; en 2013-2014 fueron hospitalizados 2 millones de derechohabientes y fueron intervenidos quirúrgicamente 1.5 millones de derechohabientes por año, que en el periodo anterior. El número de trasplantes por año se incrementó en cerca de 30% comparando los dos periodos.

Este incremento en el número de servicios prestados también es notorio en el número de recetas atendidas y en los servicios de diagnóstico realizados. Las recetas

atendidas por año fueron 175 millones, lo que significó un incremento de 16% comparado con el periodo anterior. El número de estudios de radiodiagnóstico se aproximó a los 15 millones y los otros auxiliares de diagnóstico fueron 10.5 millones, ambos 10% más que en el periodo anterior.

El cuadro V.4 muestra que el acceso y la satisfacción de los derechohabientes se han mejorado o mantenido.

Los tiempos de espera se han reducido de manera discreta; el porcentaje de pacientes con cita previa en consulta de Medicina Familiar que espera menos de 30 minutos pasó de 95.3% a 96.2% y el porcentaje de pacientes que esperan menos de 20 días para programación de cirugía pasó de 91% a 92.3%. El porcentaje de pacientes con estancia de más de 8 horas en Observación de Urgencias también se redujo, pasando de 33.5% a 32.7%, logrando cerrar la brecha hacia la meta institucional de 30%.

Las encuestas de satisfacción de usuarios muestran que la satisfacción de los pacientes se ha mantenido. En particular, hay un incremento de siete puntos porcentuales en la satisfacción de los servicios de Urgencias y la calificación del trato del médico se mantuvo en 93%. El único indicador de satisfacción en el que se observó un leve decremento es la satisfacción general con los servicios, que bajó un punto porcentual.

**Cuadro V.4.**  
**Comparación de indicadores de desempeño de los servicios médicos, 2009-2012 vs. 2013-2014**  
(porcentajes)

<b>Indicadores de desempeño y de impacto en salud</b>	<b>2009-2012</b>	<b>2013-2014</b>
Tiempo de espera menor a 30 minutos para una consulta de Medicina Familiar	95.3	96.2
Tiempo de espera menor a 20 días para programación de cirugía (segundo nivel)	91.0	92.3
Porcentaje de pacientes con estancia prolongada en el área de Observación de Urgencias (segundo nivel)	33.5	32.7
Satisfacción general con los servicios (porcentaje)	78	77
Satisfacción con los servicios de Urgencias (porcentaje)	72	79
Calificación del trato brindado por el médico (bueno/muy bueno)	93	93

Fuente: Coordinación de Atención Integral a la Salud en el Primer Nivel, IMSS; División de Información en Salud (DIS); Reportes de Gestión 61 y 62, IMSS; Sistema Ejecutivo de Información (SEI).

Los resultados anteriores muestran como el IMSS continúa otorgando con calidad y oportunidad los servicios que la población necesita a la par de mejoras en la eficiencia. El reto de los servicios de salud para los siguientes años continuará siendo evitar que la población enferme y que, cuando esto suceda, se restablezca su salud en el menor tiempo posible; en los casos de enfermos crónicos, que se mantenga controlado su padecimiento a fin de evitar complicaciones mayores, con lo que se podrá disminuir la carga de enfermedad y las atenciones curativas. La disminución de la incidencia de las enfermedades y el control de los pacientes crónicos en Medicina Familiar reducirán el número de consultas médicas asistenciales y de recetas requeridas, así como las hospitalizaciones derivadas de complicaciones de estas enfermedades crónicas.

### V.3. Proyecciones financieras de largo plazo

En este apartado se presentan las proyecciones financieras de ingresos y gastos del Seguro de Enfermedades y Maternidad para el periodo 2015-2050. Estas proyecciones se obtienen a partir de los supuestos y las variables consideradas en la proyección de largo plazo de la situación financiera global del Instituto detallada en el Capítulo I.

La capacidad de financiamiento del Seguro de Enfermedades y Maternidad está determinada principalmente por el número de trabajadores y el incremento al salario base de cotización. Por lo

anterior, se presenta un análisis sobre las primas y contribuciones tripartitas necesarias para hacer frente a los gastos proyectados.

Las secciones V.3.1, V.3.2 y V.3.3 presentan los resultados de las proyecciones de ingresos y gastos del Seguro de Enfermedades y Maternidad, de los asegurados activos y de la cobertura de Gastos Médicos de Pensionados, así como las primas de equilibrio<sup>83</sup> correspondientes.

#### V.3.1. Seguro de Enfermedades y Maternidad

Con base en las cifras estimadas para el cierre de 2015, se espera que el Seguro de Enfermedades y Maternidad tenga ingresos por 226.4 miles de millones de pesos, lo cual equivale a 82% de los gastos previstos para el mismo año<sup>84</sup> (cuadro V.5). Se proyecta un déficit de 51,357 millones de pesos en el flujo de efectivo de este año, el cual es menor en 2,825 millones de pesos al presentado en el Informe anterior, que ascendía a 54,182 millones de pesos<sup>85</sup> para el mismo año.

El cuadro V.5 indica que la relación de ingresos contra los gastos del Seguro de Enfermedades y Maternidad pasará de 82% en 2015 (calculado de 226,440/277,798) hasta 65% en 2050 (calculado de 361,923/555,221). Asimismo, la prima de contribución actual del seguro es de 12.2% del salario base de cotización<sup>86</sup>; pero disminuirá hasta llegar a 11.4% en 2050 (gráfica V.1). La disminución en la prima de contribución se debe al componente de las

<sup>83</sup> Las primas de equilibrio se refieren a las aportaciones tripartitas expresadas en porcentaje del salario base de cotización que permitirían equilibrar los ingresos y los gastos del seguro en el periodo de proyección analizado.

<sup>84</sup> Las cifras estimadas para el cierre del ejercicio constituyen el punto de partida de las proyecciones de corto y largo plazos.

<sup>85</sup> Esta cifra corresponde a 52,507 millones de pesos reexpresados en pesos de 2015 con una inflación estimada de 3.19%.

<sup>86</sup> La prima de 12.2% del salario base de cotización es una prima inferida, ya que si bien en la cobertura de Gastos Médicos de Pensionados las cuotas que pagan los patrones, los trabajadores y el Gobierno Federal dependen de una prima indexada al salario base de cotización, no sucede así con la cobertura de Asegurados, cuyo esquema de aportaciones está integrado con varios componentes, de acuerdo con los Artículos 105 al 108 de la Ley del Seguro Social.

**Cuadro V.5.**  
**Presupuesto 2015, cierre estimado 2015 y proyección 2015-2050 de ingresos, gastos y resultado del Seguro de Enfermedades y Maternidad**  
(millones de pesos de 2015)

Concepto	2015		2016	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050
	Presupuesto	Cierre estimado								
<b>Ingresos</b>										
Cuotas obrero-patronales	148,476	148,415	153,226	171,758	196,675	210,728	223,807	235,061	244,940	255,635
Aportación del Gobierno Federal	69,888	69,888	72,131	81,137	90,125	93,236	95,155	96,037	96,164	96,252
Otros <sup>1/</sup>	7,106	8,137	6,514	5,006	5,391	5,693	6,171	7,112	8,353	10,036
<b>Ingresos totales</b>	<b>225,470</b>	<b>226,440</b>	<b>231,870</b>	<b>257,901</b>	<b>292,191</b>	<b>309,657</b>	<b>325,133</b>	<b>338,210</b>	<b>349,458</b>	<b>361,923</b>
<b>Gastos</b>										
Corriente <sup>2/</sup>	211,583	207,942	215,183	239,802	271,349	302,546	337,571	377,431	423,101	475,916
Prestaciones económicas <sup>3/</sup>	66,188	64,409	68,007	83,144	90,149	99,690	102,170	96,084	87,462	74,965
Inversión física	5,944	5,446	4,330	4,330	4,330	4,330	4,330	4,330	4,330	4,330
<b>Gastos totales</b>	<b>283,716</b>	<b>277,798</b>	<b>287,520</b>	<b>327,275</b>	<b>365,828</b>	<b>406,566</b>	<b>444,071</b>	<b>477,845</b>	<b>514,892</b>	<b>555,211</b>
<b>Resultado financiero</b>	<b>-58,245</b>	<b>-51,357</b>	<b>-55,649</b>	<b>-69,374</b>	<b>-73,637</b>	<b>-96,909</b>	<b>-118,938</b>	<b>-139,635</b>	<b>-165,434</b>	<b>-193,288</b>
<b>Primas (% del salario base de cotización)<sup>4/</sup></b>										
De contribución (PC)	12.2	12.2	12.2	12.2	12.1	12.0	11.8	11.7	11.5	11.4
De reparto (PR)	16.1	15.7	15.8	16.0	15.6	16.2	16.7	17.1	17.7	18.3
Media nivelada (PMN)	16.4	16.5	16.5	16.5	16.5	16.5	16.5	16.5	16.5	16.5
Diferencia (PMN-PC)	4.3	4.3	4.3	4.3	4.4	4.5	4.6	4.8	4.9	5.0

<sup>1/</sup> Incluye: otros ingresos, productos financieros de las reservas y aportaciones de los trabajadores al fondo de jubilación.

<sup>2/</sup> Incluye el gasto en: servicios de personal, materiales y suministros y servicios generales.

<sup>3/</sup> Incluye el gasto en subsidios y ayudas y el gasto de la nómina del Régimen de Jubilaciones y Pensiones.

<sup>4/</sup> PC = Prima de contribución, es la aportación que hacen para el financiamiento del Seguro de Enfermedades y Maternidad en cada una de sus dos coberturas los patronos, los trabajadores y el Gobierno Federal, expresada como porcentaje del salario base de cotización; PR = Prima de reparto, es la prima que equilibraría los ingresos y los gastos del seguro en cada año del periodo de proyección considerado; PMN = Prima media nivelada, es la prima que permitiría asegurar el equilibrio financiero del seguro durante todo el periodo de proyección evaluado. El equilibrio financiero del Seguro de Enfermedades y Maternidad, como el de los otros seguros que administra el IMSS, se define como la igualdad entre el valor presente de los ingresos futuros totales más las reservas constituidas, y el valor presente de los gastos futuros totales.

Fuente: Dirección de Finanzas, IMSS.

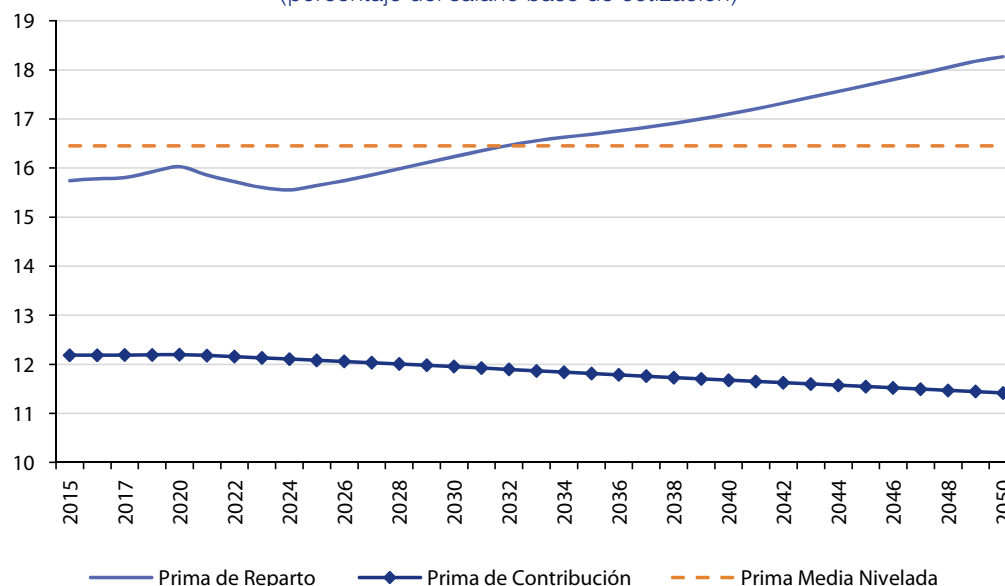
cuotas por prestaciones en especie de los asegurados activos, lo cual se explica con mayor detalle en la siguiente sección, V.3.2 Seguro de Enfermedades y Maternidad-Asegurados.

Para que el Seguro de Enfermedades y Maternidad tenga equilibrio financiero durante el periodo de proyección 2015-2050, la prima de reparto deberá estar entre 15.6% y 18.3% del salario base de

cotización, lo cual equivale a una prima media nivelada de 16.5% del salario base de cotización, en el mismo periodo. Esta prima nivelada es menor en seis décimas de punto porcentual respecto a la calculada en el Informe anterior, y se explica por la tendencia de los componentes que determinan los ingresos de este seguro, así como, un uso más eficiente de recursos que se traducen en un crecimiento moderado del gasto.



**Gráfica V.1.**  
**Prima de reparto, de contribución y media nivelada del**  
**Seguro de Enfermedades y Maternidad, 2015-2050**  
 (porcentaje del salario base de cotización)



Fuente: Dirección de Finanzas, IMSS.

### V.3.2. Seguro de Enfermedades y Maternidad-Asegurados

Esta sección analiza el Seguro de Enfermedades y Maternidad en su cobertura de Asegurados, sin considerar a los pensionados. Se espera que para el cierre de 2015 este ramo tenga un déficit financiero

de casi 24 mil millones de pesos, como muestra el cuadro V.6.

La prima de contribución, determinada por los ingresos por cuotas obrero-patronales y aportaciones del Gobierno Federal estimados para el cierre del año en esta cobertura, equivale a 10.7% del salario base de cotización<sup>87</sup>. Esta prima irá disminuyendo

<sup>87</sup> El Seguro de Enfermedades y Maternidad-Asegurados tiene establecido en la Ley del Seguro Social un esquema de financiamiento para las prestaciones en especie y en dinero integrado por varios componentes, que son los siguientes: i) una cuota fija patronal de 20.4% de un salario mínimo general vigente en el Distrito Federal; ii) una cuota obrero-patronal de 1.5% aplicable a la diferencia del salario base de cotización menos tres salarios mínimos generales vigentes en el Distrito Federal, y iii) una cuota fija a cargo del Gobierno Federal de 13.9% de un salario mínimo general vigente en el Distrito Federal en julio de 1997, la cual, desde esa fecha, se ha ido indexando trimestralmente con la inflación.

Por su parte, los componentes del esquema de financiamiento de las prestaciones en dinero son: una prima de 1% del salario base de cotización, de la cual los patrones cubren 0.7%, los trabajadores 0.25% y el Gobierno Federal 0.05%.

En consecuencia, el esquema de financiamiento del Seguro de Enfermedades y Maternidad-Asegurados, en la parte de prestaciones en especie, que es la de mayor peso en esta cobertura, no está basado en una prima de contribución en porcentaje del salario base de cotización como sucede con el Seguro de Invalidez y Vida, el Seguro de Riesgos de Trabajo, el Seguro de Guarderías y Prestaciones Sociales y la cobertura de Gastos Médicos de Pensionados. Por ello, para poder determinar la prima de contribución del Seguro de Enfermedades y Maternidad-Asegurados, sus cuotas obrero-patronales se expresan en porcentaje del salario base de cotización, dividiéndolas entre las cuotas obrero-patronales del Seguro de Guarderías y Prestaciones Sociales, que representan 1% de la masa salarial.

**Cuadro V.6.**  
**Presupuesto 2015, cierre estimado 2015 y proyección 2016-2050 de ingresos, gastos y resultado del Seguro de Enfermedades y Maternidad, cobertura de Asegurados**  
(millones de pesos de 2015)

Concepto	2015		2016	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050
	Presupuesto	Cierre estimado								
<b>Ingresos</b>										
Cuotas obrero-patronales	120,720	120,671	124,582	139,650	159,909	171,336	181,970	191,120	199,152	207,848
Aportación del Gobierno Federal	67,879	67,879	70,058	78,805	87,535	90,557	92,421	93,277	93,401	93,486
Otros <sup>1/</sup>	6,063	7,110	5,435	3,894	4,200	4,433	4,804	5,539	6,509	7,824
<b>Ingresos totales</b>	<b>194,663</b>	<b>195,660</b>	<b>200,075</b>	<b>222,350</b>	<b>251,644</b>	<b>266,325</b>	<b>279,194</b>	<b>289,936</b>	<b>299,062</b>	<b>309,158</b>
<b>Gastos</b>										
Corriente <sup>2/</sup>	165,412	161,129	166,425	183,022	203,142	219,881	236,669	256,620	278,057	304,283
Prestaciones económicas <sup>3/</sup>	53,904	52,603	55,710	68,824	72,947	78,843	76,723	65,617	50,883	31,679
Inversión física	5,944	5,446	4,330	4,330	4,330	4,330	4,330	4,330	4,330	4,330
<b>Gastos totales</b>	<b>225,260</b>	<b>219,179</b>	<b>226,465</b>	<b>256,176</b>	<b>280,419</b>	<b>303,054</b>	<b>317,722</b>	<b>326,566</b>	<b>333,270</b>	<b>340,292</b>
<b>Resultado financiero</b>	<b>-30,597</b>	<b>-23,519</b>	<b>-26,390</b>	<b>-33,826</b>	<b>-28,775</b>	<b>-36,729</b>	<b>-38,527</b>	<b>-36,631</b>	<b>-34,208</b>	<b>-31,134</b>
<b>Primas (% del salario base de cotización)<sup>4/</sup></b>										
De contribución (PC)	10.7	10.7	10.7	10.7	10.6	10.5	10.3	10.2	10.0	9.9
De reparto (PR)	12.8	12.4	12.4	12.5	12.0	12.1	11.9	11.7	11.4	11.2
Media nivelada (PMN)	12.0	12.0	12.0	12.0	12.0	12.0	12.0	12.0	12.0	12.0
Diferencia (PMN-PC)	1.3	1.3	1.3	1.3	1.4	1.5	1.7	1.8	1.9	2.1

<sup>1/</sup> Incluye: otros ingresos, productos financieros de las reservas y aportaciones de los trabajadores al fondo de jubilación.

<sup>2/</sup> Incluye el gasto en: servicios de personal, materiales y suministros y servicios generales.

<sup>3/</sup> Incluye el gasto en subsidios y ayudas y el gasto de la nómina del Régimen de Jubilaciones y Pensiones.

<sup>4/</sup> PC = Prima de contribución, es la aportación que hacen para el financiamiento de la cobertura de Asegurados del Seguro de Enfermedades y Maternidad los patrones, los trabajadores y el Gobierno Federal, expresada como porcentaje del salario base de cotización; PR = Prima de reparto, es la prima que equilibraría los ingresos y los gastos de esta cobertura en cada año del periodo de proyección considerado; PMN = Prima media nivelada, es la prima que permitiría asegurar el equilibrio financiero de la cobertura durante todo el periodo de proyección evaluado.

Fuente: Dirección de Finanzas, IMSS.

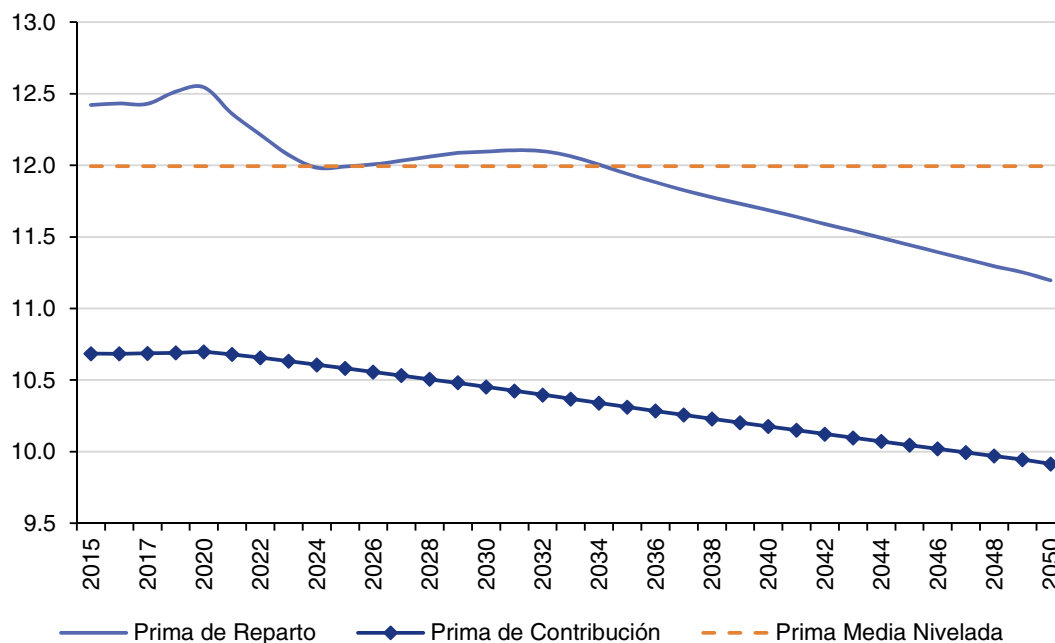
paulatinamente hasta llegar a 9.9% del salario base de cotización en 2050. Lo anterior se debe a la estructura del esquema de financiamiento de este ramo de aseguramiento y a las hipótesis utilizadas para proyectar los ingresos del Capítulo I.

La prima media nivelada requerida para el periodo de proyección es de 12% del salario base de cotización y la prima de reparto asciende a 12.4% en 2015. En ese año, hay una brecha de 1.3 puntos para la prima media nivelada y de 1.7 puntos para prima de reparto,

en comparación con la prima de contribución actual de 10.7% del salario base de cotización (gráfica V.2).

La prima media nivelada de 12% del salario obtenida este año, es menor en dos décimas de punto porcentual respecto a la calculada en el Informe anterior, y se explica porque las proyecciones financieras de largo plazo actuales contemplan una mayor expectativa de recaudación por cuotas obrero-patronales y aportaciones del Gobierno Federal.

**Gráfica V.2.**  
**Prima de reparto, de contribución y media nivelada de la cobertura de Asegurados del Seguro de Enfermedades y Maternidad, 2015-2050**  
 (porcentaje del salario base de cotización)



Fuente: Dirección de Finanzas, IMSS.

### V.3.3. Gastos Médicos de Pensionados

La cobertura de Gastos Médicos de Pensionados del Seguro de Enfermedades y Maternidad tiene una estrecha relación con la transición demográfica y epidemiológica, ya que una población derechohabiente con mayor edad requiere de servicios de salud más caros y complejos, y con mayor frecuencia. Al mismo tiempo, la relación de trabajadores activos, que financia este ramo, respecto de los pensionados, disminuye gradualmente.

Para el cierre de 2015 en la cobertura de Gastos Médicos de Pensionados se estima un déficit de 27,839 millones de pesos, que equivale a 94% de los ingresos por cuotas obrero-patronales y aportaciones del Gobierno Federal. Para 2050 se estima que este déficit puede ser más de tres veces los ingresos (cuadro V.7).

Las proyecciones indican que en este ramo del Seguro de Enfermedades y Maternidad, la prima de contribución de 1.5% del salario base de cotización definida en la Ley del Seguro Social no es suficiente para hacer frente a los gastos. La prima media nivelada de equilibrio para el periodo 2015-2050 es de 4.5% del salario base de cotización; o bien, la prima de reparto debería incrementarse gradualmente hasta alcanzar 7.1% del salario base de cotización en 2050 (gráfica V.3).

La prima media nivelada estimada en este Informe es menor en tres décimas de punto porcentual respecto a la calculada en el Informe anterior. Este resultado es consecuencia de una tendencia más favorable en los ingresos del ramo y un uso eficiente de los recursos financieros que se traducen en menores gastos en el corto y mediano plazos (2015-2039).

**Cuadro V.7.**  
**Presupuesto 2015, cierre estimado 2015 y proyección 2016-2050 de ingresos, gastos y resultado de la cobertura de Gastos Médicos de Pensionados**  
(millones de pesos de 2015)

Concepto	2015		2016	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050
	Presupuesto	Cierre estimado								
<b>Ingresos</b>										
Cuotas obrero-patronales	27,756	27,744	28,643	32,108	36,766	39,393	41,838	43,941	45,788	47,787
Aportación del Gobierno Federal	2,009	2,009	2,073	2,332	2,590	2,680	2,735	2,760	2,764	2,766
Otros <sup>1/</sup>	1,043	1,028	1,079	1,112	1,191	1,260	1,367	1,573	1,844	2,211
<b>Ingresos totales</b>	<b>30,807</b>	<b>30,780</b>	<b>31,796</b>	<b>35,552</b>	<b>40,547</b>	<b>43,332</b>	<b>45,939</b>	<b>48,274</b>	<b>50,396</b>	<b>52,765</b>
<b>Gastos</b>										
Corriente <sup>2/</sup>	46,171	46,813	48,758	56,780	68,208	82,665	100,903	120,811	145,043	171,633
Prestaciones económicas <sup>3/</sup>	12,284	11,806	12,297	14,320	17,202	20,848	25,447	30,468	36,579	43,285
Inversión física	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>Gastos totales</b>	<b>58,455</b>	<b>58,619</b>	<b>61,055</b>	<b>71,099</b>	<b>85,409</b>	<b>103,512</b>	<b>126,350</b>	<b>151,279</b>	<b>181,623</b>	<b>214,919</b>
<b>Resultado financiero</b>	<b>-27,648</b>	<b>-27,839</b>	<b>-29,259</b>	<b>-35,548</b>	<b>-44,862</b>	<b>-60,180</b>	<b>-80,410</b>	<b>-103,004</b>	<b>-131,227</b>	<b>-162,154</b>
<b>Primas (% del salario base de cotización)<sup>4/</sup></b>										
De contribución (PC)	1.5	1.5	1.5	1.5	1.5	1.5	1.5	1.5	1.5	1.5
De reparto (PR)	3.3	3.3	3.4	3.5	3.7	4.1	4.7	5.4	6.2	7.1
Media nivelada (PMN)	4.4	4.5	4.5	4.5	4.5	4.5	4.5	4.5	4.5	4.5
Diferencia (PMN-PC)	2.9	3.0	3.0	3.0	3.0	3.0	3.0	3.0	3.0	3.0

<sup>1/</sup> Incluye: otros ingresos, productos financieros de las reservas y aportaciones de los trabajadores al fondo de jubilación.

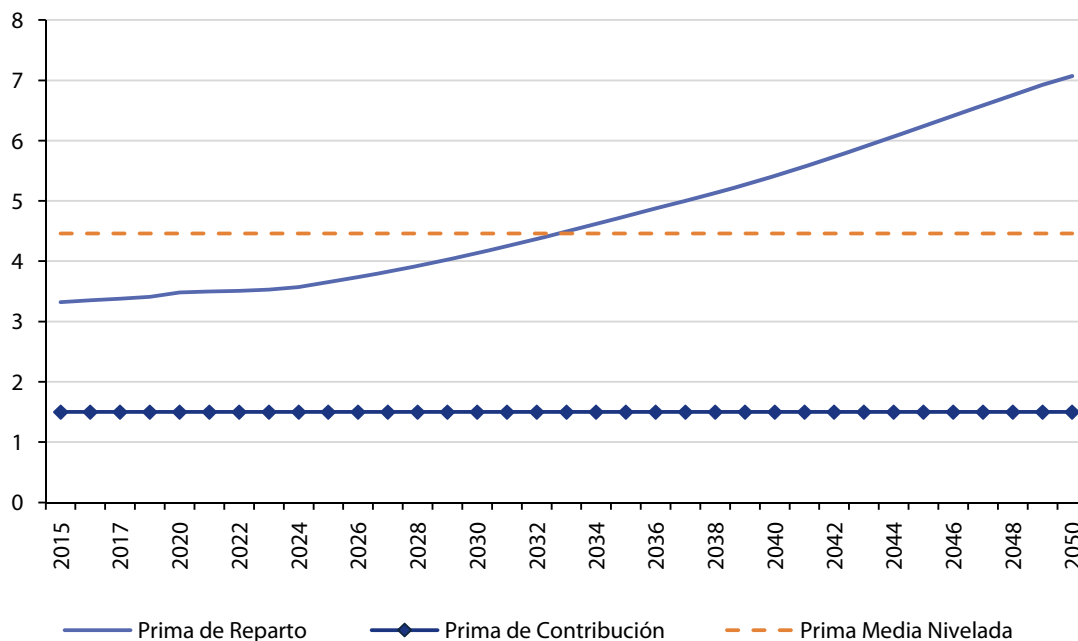
<sup>2/</sup> Incluye el gasto en: servicios de personal, materiales y suministros y servicios generales.

<sup>3/</sup> Incluye el gasto de la nómina del Régimen de Jubilaciones y Pensiones.

<sup>4/</sup> PC = Prima de contribución, es la aportación que hacen para el financiamiento de la cobertura de Asegurados del Seguro de Enfermedades y Maternidad los patrones, los trabajadores y el Gobierno Federal, expresada como porcentaje del salario base de cotización; PR = Prima de reparto, es la prima que equilibraría los ingresos y los gastos de esta cobertura en cada año del periodo de proyección considerado; PMN = Prima media nivelada, es la prima que permitiría asegurar el equilibrio financiero de la cobertura durante todo el periodo de proyección evaluado.

Fuente: Dirección de Finanzas, IMSS.

**Gráfica V.3.**  
**Prima de reparto, de contribución y media nivelada de la cobertura de Gastos Médicos de Pensionados del Seguro de Enfermedades y Maternidad, 2015-2050**  
 (porcentaje del salario base de cotización)



Fuente: Dirección de Finanzas, IMSS.

### V.3.4. Resumen

Se estima que el déficit del Seguro de Enfermedades y Maternidad, medido en términos de flujo anual, aumentará en términos reales a una velocidad promedio de 4.2% por año hasta alcanzar 193,287 millones de pesos en 2050 (cuadro V.8). En valor presente, este déficit asciende a 1.9 billones de pesos para el periodo de proyección 2015-2050.

### V.4. Necesidades de salud de la población derechohabiente

Para medir las necesidades de salud de la población, la Organización Mundial de la Salud recomienda la utilización del indicador de Años de Vida Saludables Perdidos (AVISA). Este indicador compuesto es una medida que sintetiza tres dimensiones de salud que afectan la vida de la población: la frecuencia con la que ésta se enferma, la gravedad de la enfermedad (medida como discapacidad) y la edad de la muerte; es decir, integra los años vividos con discapacidad y los años perdidos debido a la muerte prematura.

**Cuadro V.8.**  
**Cierre 2015 y proyección 2016-2050 del déficit financiero del Seguro de Enfermedades y Maternidad y de sus coberturas<sup>1/</sup>**  
 (millones de pesos de 2015)

Año	Asegurados	Gastos Médicos de Pensionados	
		Médicos de Pensionados	Total
2015	19,386	26,923	46,309
2016	22,962	28,305	51,267
2018	28,561	31,196	59,757
2019	30,367	32,798	63,164
2020	31,528	34,437	65,965
2025	27,341	43,528	70,868
2030	36,556	58,563	95,118
2035	39,315	78,436	117,751
2040	38,294	100,640	138,935
2045	36,899	128,389	165,288
2050	34,492	158,796	193,287
<b>Valor presente<sup>2/</sup></b>			
10 años	220,750	276,371	497,121
20 años	423,968	610,888	1,034,856
30 años	584,339	1,019,730	1,604,069
36 años	652,237	1,291,146	1,943,383

<sup>1/</sup> El resultado financiero global del Seguro de Enfermedades y Maternidad considera el flujo de gasto que comprende a las operaciones recuperables para el periodo proyectado.

<sup>2/</sup> Calculado con una tasa de descuento de 3.5% real.

Fuente: Dirección de Finanzas, IMSS.

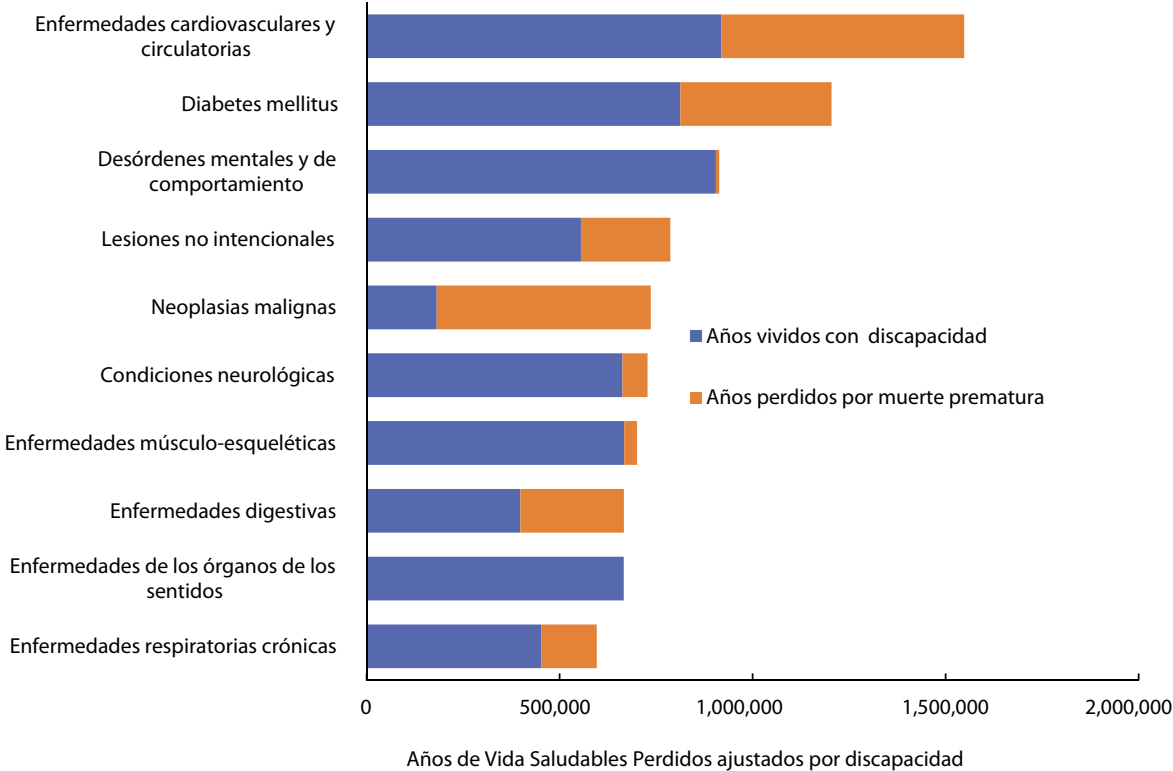
La población derechohabiente del IMSS perdió 11 millones de años de vida saludable en el 2010 (último año disponible en el acervo de información hasta el momento). El grupo de enfermedades crónicas no transmisibles fue responsable de 81% de estos AVISA; las enfermedades transmisibles, condiciones maternas, perinatales y nutricionales fueron responsables de 10% y el grupo de lesiones, de 9%. La gráfica V.4 muestra que las enfermedades cardiovasculares, la diabetes mellitus, los desórdenes mentales y del comportamiento, las lesiones no intencionales, las neoplasias malignas y las condiciones neurológicas son las condiciones responsables de la mayor carga de enfermedad por la discapacidad que producen y la muerte prematura.

Las necesidades de salud de la población derechohabiente se expresan también como demanda

de atención médica en Consulta Externa, en uso de servicios de Urgencias y en uso de servicios de Hospitalización. Los cuadros V.9 al V.11, muestran que en 2014 el IMSS otorgó 128.6 millones de consultas; de éstas, 107.6 millones corresponden a Consulta Externa, incluyendo consultas de Medicina Familiar y de Especialidades, mientras que las 21 millones restantes corresponden a la atención de Urgencias.

Los cuadros V.9 y V.10 muestran los principales motivos de Consulta Externa y de Urgencias. En el primero podemos observar que los dos principales motivos de Consulta Externa son por enfermedades crónicas; las enfermedades del corazón y la diabetes en su conjunto ocupan 29% de la demanda. Los siguientes tres motivos de Consulta Externa representan enfermedades agudas, como las infecciones respiratorias, la atención obstétrica y los traumatismos.

**Gráfica V.4.**  
**Principales problemas de salud, según Años de Vida Saludable Perdidos por Muerte Prematura y por Discapacidad en derechohabientes del IMSS, 2010**



Fuente: Dirección de Prestaciones Médicas, IMSS.

**Cuadro V.9.**  
**10 Principales motivos de Consulta Externa (Medicina Familiar, Especialidades y Dental) en el IMSS, 2014**  
(cifras en millones y porcentaje)

Motivo	Total	%
1 Enfermedades del corazón	17.4	16
2 Diabetes mellitus	14.0	13
3 Infecciones respiratorias agudas	7.0	7
4 Embarazo, parto y puerperio	6.9	6
5 Traumatismos y envenenamientos	5.2	5
6 Control y supervisión de personas sanas	3.6	3
7 Artropatías	3.2	3
8 Trastornos mentales y del comportamiento	2.8	3
9 Dorsopatías	2.3	2
10 Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	1.9	2
<b>Suma</b>	<b>64.4</b>	<b>60</b>
<b>Total</b>	<b>107.6</b>	<b>100</b>

Fuente: Dirección de Prestaciones Médicas, IMSS.

**Cuadro V.10.**  
**10 Principales motivos de consultas de Urgencias en el IMSS, 2014**  
(cifras en millones y porcentaje)

Motivo	Total	%
1 Infecciones respiratorias agudas	4.1	19
2 Traumatismos y envenenamientos	3.2	15
3 Enfermedades infecciosas intestinales	1.7	8
4 Embarazo, parto y puerperio	0.8	4
5 Enfermedades del corazón	0.8	4
6 Infección de las vías urinarias	0.6	3
7 Dorsopatías	0.6	3
8 Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	0.5	2
9 Diabetes mellitus	0.4	2
10 Bronquitis, enfisema y asma	0.4	2
<b>Suma</b>	<b>13.0</b>	<b>62</b>
<b>Total</b>	<b>21.1</b>	<b>100</b>

Fuente: Dirección de Prestaciones Médicas, IMSS.

En los motivos de urgencias, las enfermedades agudas, como son las infecciones respiratorias agudas, los traumatismos y envenenamientos, y las enfermedades infecciosas intestinales ocupan los principales motivos de consulta.

El cuadro V.11 muestra las principales causas de egresos hospitalarios. Puede observarse que la atención obstétrica, sin ser una enfermedad propiamente, es el principal motivo con 22% de los egresos y 10% de los días paciente, seguida de los traumatismos y envenenamientos, con 7% de los egresos y 9% de los días paciente. Dos de las principales enfermedades crónicas, las enfermedades del corazón, incluida la hipertensión arterial, y los cánceres, representan el tercer y cuarto motivos de egresos, con 9% de egresos y 11% de los días paciente<sup>88</sup>, en su conjunto.

Esta mezcla de padecimientos, incluyendo crónicos y agudos, tiene implicaciones importantes en la atención médica. Las enfermedades agudas, incluso las infecciosas y accidentes, requieren de consulta de manera inmediata, buscan la atención sin cita previa y compiten por los servicios de salud con la atención de enfermos crónicos, que generalmente ocupan la mayor parte de las agendas con cita previa.

En conclusión, al ser México un país emergente enfrenta un doble reto: el primero, las enfermedades crónico-degenerativas no transmisibles, de cada vez mayor complejidad, representan la mayor carga de enfermedad medida por Años de Vida Saludables Perdidos y los principales motivos de Consulta Externa; el segundo, las infecciones respiratorias e intestinales, la atención al parto, y los accidentes, que siguen representando un alto porcentaje de los motivos de

<sup>88</sup> Días paciente.- Período de servicios prestados a un paciente interno, entre las horas en que se toma el censo diario, es decir, de 12:01 a.m. a 12:01 a.m. del día siguiente. El día-paciente se cuenta también para el individuo que ingresa y egresa el mismo día, siempre que ocupe una cama censable y se prepare una Historia Clínica. Fuente: NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-035-SSA3-2012, EN MATERIA DE INFORMACIÓN EN SALUD, Publicada en el DOF 30/11/2012.

**Cuadro V.11.**  
**10 Principales motivos de egresos hospitalarios en camas censables en el IMSS, 2014**  
(cifras en miles y porcentaje)

Motivo	Egresos	%	Días Paciente	%
1 Embarazo, parto y puerperio	444	22	1,042	10
2 Traumatismos y envenenamientos	148	7	858	9
3 Enfermedades del corazón (incluye hipertensión arterial)	104	5	641	6
4 Tumores malignos	87	4	552	5
5 Colelitiasis y colecistitis	86	4	308	3
6 Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	75	4	512	5
7 Insuficiencia renal	74	4	399	4
8 Diabetes mellitus	67	3	399	4
9 Enfermedades del apéndice	52	3	175	2
10 Neumonía e influenza	39	2	263	3
<b>Suma</b>	<b>1,175</b>	<b>58</b>	<b>5,149</b>	<b>51</b>
<b>Total</b>	<b>2,017</b>	<b>100</b>	<b>10,083</b>	<b>100</b>

Fuente: Dirección de Prestaciones Médicas, IMSS.

atención en Consulta Externa, y los principales motivos de demanda de atención en los servicios de Urgencias y de Hospitalización.

A fin de atender estas necesidades de salud, el IMSS cuenta con 1,503 Unidades de Medicina Familiar, 246 Unidades Médicas de segundo nivel y 36 Unidades Médicas de tercer nivel (25 Unidades Médicas de Alta Especialidad y 11 Unidades complementarias, como son Bancos de Sangre, Unidades de Rehabilitación y Hospital de Infectología).

## V.5. Gestión de la atención médica

Como se reportó en el Informe previo, uno de los principales retos en la atención médica en el IMSS es el acceso efectivo a los servicios de salud. El acceso se refiere a la oportunidad que los derechohabientes tienen de hacer uso de los servicios de salud en el momento que lo requieran.

En estos dos años de Administración, se ha puesto en marcha un programa de mejora en la gestión y eficiencia de los procesos médicos a lo largo del flujo de los derechohabientes en los servicios de salud,

desde su identificación en los servicios preventivos, o su entrada a los servicios de Consulta o Urgencias, hasta el egreso de los servicios de Especialidad.

### V.5.1. Prevención

#### Vacunación

El país cuenta con un exitoso programa de vacunación, moderno y de amplia cobertura. Para contribuir a la vacunación universal, el IMSS aplicó 35.9 millones de dosis de vacunas en 2014 (cuadro V.12). Desde 2007, año en que se introdujeron la vacunas pentavalente acelular (difteria, tétanos, pertusis acelular, antipoliomielítica inactivada y *Haemophilus influenzae b*) antineumoco y antirotavirus, las coberturas de vacunación de la población se han mantenido entre 95 y 97%. Estas coberturas se suman a las alcanzadas desde hace diez años de las vacunas contra la tuberculosis y la vacuna SRP (sarampión, rubeola y parotiditis) por arriba de las recomendaciones de los organismos internacionales. La acción conjunta del Sector Salud ha sido primordial en la erradicación de la poliomielitis, la eliminación del sarampión y la difteria, así como en el control de tétanos, rubéola congénita y enfermedades invasivas por *Haemophylus influenzae b*.



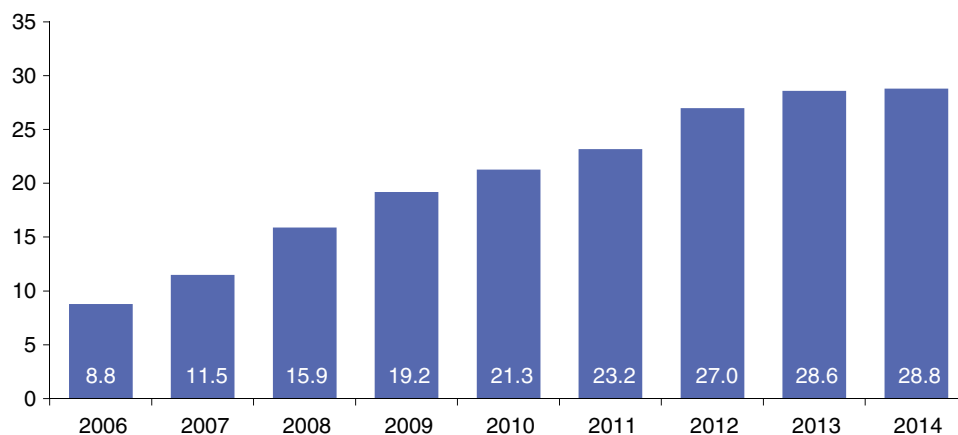
**Cuadro V.12.****Población y dosis por tipo de vacunas aplicadas en 2014**

<b>Biológico</b>	<b>Población</b>	<b>Dosis</b>
Antipoliomielítica	2,880,271	5,760,542
Pentavalente	1,282,291	1,669,766
D.P.T. (difteria, tosferina y tétanos)	300,219	300,219
B.C.G. (tuberculosis meníngea)	699,980	699,980
Antirrábica humana	13,738	68,689
Antihepatitis b	718,116	2,154,349
Antineumocócica	607,084	1,282,930
Triple viral	1,104,540	1,104,540
Toxoide tetánico diftérico	7,137,769	7,137,769
Doble viral	265,770	265,770
Otras	3,976,111	3,976,111
Anti-influenza	11,526,532	11,526,532
<b>Total</b>	<b>30,512,421</b>	<b>35,947,197</b>

Fuente: IMSS.

**Revisión anual PREVENIMSS**

Las acciones de promoción de la salud, prevención y detección de enfermedades se integran en la revisión anual PREVENIMSS. La gráfica V.5 muestra el incremento constante en la cobertura de la revisión preventiva anual. En 2014, se realizaron 28.8 millones de chequeos en los 3,651 módulos de atención preventiva, o bien a través de las estrategias de extensión en las empresas y escuelas. Aunque el número de chequeos se incrementó en más de 7 millones en los últimos cinco años, el principal reto es lograr que las personas de mayor riesgo acudan a realizarse este chequeo anual y lograr una cobertura y tamizaje más efectivo de los derechohabientes cuyos antecedentes familiares y estilos de vida los hacen más susceptibles de desarrollar enfermedades crónicas.

**Gráfica V.5.****Número de derechohabientes que recibieron revisión anual PREVENIMSS, 2006-2014**  
(millones de personas)

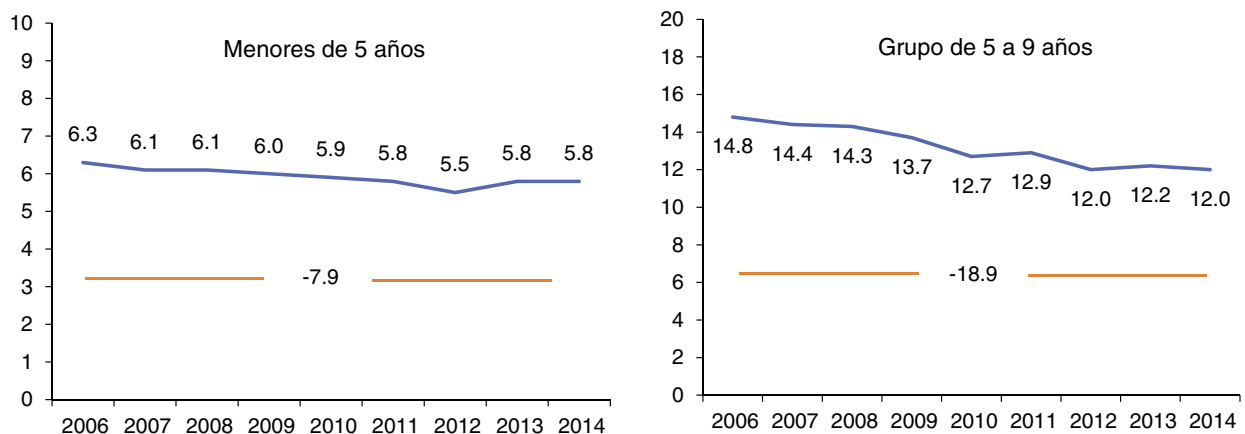
Fuente: Dirección de Prestaciones Médicas, IMSS.

En la pasada Asamblea Ordinaria del IMSS se recibió la instrucción presidencial de que “en 2015, al menos 30 millones de derechohabientes se hagan el ‘chequeo’ de PREVENIMSS”. Para lograrlo se han establecido dos estrategias:

- Primera: Captar a la población derechohabiente que acude a la Unidad de Medicina Familiar pero no asiste a PREVENIMSS, asegurar que a los derechohabientes que acuden a los módulos PREVENIMSS se les otorguen todas las acciones preventivas de acuerdo con su grupo de edad, sexo y factores de riesgo, y optimizar los recursos disponibles para mejorar la eficiencia operativa del programa.
- Segunda: Focalización de grupos de acuerdo con la medición de sus riesgos, diseño de chequeos priorizados de acuerdo con focalización y expansión de espacios PREVENIMSS: Empresas y subrogados.

CHIQUITIMSS es una estrategia educativa que promueve el cuidado de la salud en los niños de cuatro a seis años y en sus familias, en Unidades de Medicina Familiar y guarderías. Con este programa, a través de sesiones lúdicas y vivenciales, se propicia que niños, padres, tutores y familiares adopten estilos de vida saludables que favorezcan la prevención de enfermedades. En los últimos dos años se han realizado 5 mil cursos por año (10% más que en 2012), que han incluido la capacitación de 100 mil niños por y 65 mil padres por año. Estas estrategias educativas junto con la vigilancia del peso y talla de los niños han contribuido a disminuir en 7.9% la prevalencia de obesidad en los menores de cinco años, y en 18.9% en los niños de cinco a nueve años (gráfica V.6).

**Gráfica V.6.**  
**Tendencia de obesidad en niños, 2006-2014**  
(porcentaje)



Fuente: Dirección de Prestaciones Médicas, IMSS.

## **V.5.2. Mejorar la gestión y eficiencia de los procesos médicos**

El IMSS está implementando medidas que incrementen el acceso a la consulta médica en todos los niveles de atención y que mejoren la capacidad resolutive en Urgencias y Hospitalización, en donde observamos los principales cuellos de botella del flujo de pacientes durante su transitar en el proceso de salud. Con estas medidas mejoramos los tiempos de espera, calidad de la atención, y liberamos espacios en la consulta.

### **Estrategias para mejorar el acceso a la Consulta Externa**

En el IMSS, 84% de las consultas se otorga en la Consulta Externa del primer nivel y de Especialidades, motivo por el cual es prioritario el desarrollo continuo de estrategias para mejorar el acceso a estos servicios y garantizar una mejor calidad. A continuación se presentan tres programas enfocados a facilitar el acceso hacia la Consulta Externa.

#### **Agendas de citas médicas**

Se implementó una prueba piloto que consiste en concentrar a los pacientes que acuden a Consulta Externa de forma espontánea en el primer nivel de atención, cuando la agenda de su médico se encuentre llena, en un módulo de gestión centralizado denominado Unifila IMSS, el cual permite redistribuir los espacios disponibles en las agendas de los médicos de toda la Unidad. Así el paciente será atendido por el primer médico disponible, sin tener necesidad de esperar a que se desocupe el médico asignado a su consultorio, homologándose las cargas laborales.

La estrategia se instauró en seis unidades del Área Metropolitana del Distrito Federal, mostrando resultados favorables. Previo a la intervención, los pacientes que no tenían cita esperaban tres horas en promedio para recibir la consulta, y a raíz de esta estrategia el tiempo de espera se redujo a 30 minutos.

Se espera incrementar el alcance del programa en los próximos 12 meses.

### **Fortalecer el mecanismo de receta resurtible**

El más claro ejemplo de medidas que mejoran la atención al derechohabiente y al mismo tiempo sanear financieramente al IMSS es la Receta Resurtible que permite a pacientes con enfermedades crónicas controladas contar con los medicamentos prescritos para un periodo de hasta 90 días en lugar de 30, sin necesidad de consulta médica.

En el primer nivel de atención, el empleo de la Receta Resurtible ha ido en constante aumento. En agosto de 2013 se inició la estrategia y en el resto del año se emitieron 1 millón de recetas con lo que se liberaron 2 millones de espacios. En 2014, se emitieron 3.3 millones de recetas, liberando 6.6 millones de espacios que fueron aprovechados por otros derechohabientes, acortando los tiempos de espera y mejorando el servicio. Esta medida, que parece simple, tiene un enorme impacto, ya que los espacios liberados son el equivalente a 8.5% del total de consultas otorgadas en el primer nivel de atención, lo que representa la productividad anual de 600 consultorios.

El programa Receta Resurtible en segundo nivel inició con una prueba piloto en noviembre de 2014 para pacientes con VIH/SIDA en seis Hospitales de las Delegaciones Puebla, Tlaxcala, Oaxaca, Querétaro y Guerrero. En junio de 2015 se extendió a 45 hospitales con Expediente Clínico Electrónico para 19 padecimientos crónicos. Con esto se pretende liberar cerca de 300 mil espacios anuales para consultas de Especialidad.

### **Coordinación entre niveles de atención**

El IMSS, al contar con los tres niveles de atención, tiene la oportunidad, como pocos sistemas de seguridad social, de proveer un servicio coordinado en los tres

niveles. Sin embargo, actualmente el sistema de referencia a uno y otro nivel es complejo. Después de que el médico familiar decide el envío de un paciente al segundo nivel, éste último debe realizar trámites administrativos, hecho que le lleva invertir tres o más horas de su tiempo.

Durante 2015 se probó un piloto del Sistema de Referencia-Contrarreferencia en un área médica de la Delegación Estado de México Poniente, que mostró que el derechohabiente que es referido bajo este esquema puede obtener su cita en menos de 30 minutos al término de su consulta con el médico familiar, en lugar de 3 horas, sin la necesidad de realizar ningún trámite adicional. En esta prueba piloto se han referido 12,000 pacientes de forma exitosa. Durante el segundo semestre del 2015 se busca incorporar otros hospitales.

### **V.5.3. Reorganizar la atención médica para eliminar los principales cuellos de botella**

#### **Optimización de los servicios de Urgencias**

En los servicios de Urgencias se identificaron dos problemas principales: i) el flujo de atención que inicia con el trámite burocrático de identificación de vigencia de derechos y retrasa la clasificación clínica, y ii) la saturación en camillas de Observación con demora para ingresar a cama de Hospitalización. Para resolver el primero se reorganiza la atención mediante un proyecto piloto en 10 hospitales; como primer paso, en lugar de primero verificar la vigencia, el paciente es clasificado a su llegada al servicio por personal de salud en el Triage y de acuerdo con su estado clínico: i) el enfermo grave es atendido inmediatamente; ii) el que presenta emergencia relativa es evaluado por un médico antes de 30 minutos, y iii) el que se encuentra estable y no presenta urgencia se atiende en un rango de 30 a 180 minutos, dejando el proceso de verificación de la vigencia posterior a su clasificación. Con esto se garantiza una mejor calidad y oportunidad

de atención que disminuye riesgos para el paciente y se ha incrementado la satisfacción por la pronta prestación del servicio. El proyecto ha iniciado en nueve delegaciones y, posteriormente, se desplegará a nivel nacional.

Para solventar el segundo problema y reducir la saturación del área de Observación, se ha establecido un Sistema de Gestión de Camas, del cual hablaremos a continuación.

#### **Optimización del recurso cama en hospitalización**

Para optimizar la infraestructura de camas en el segundo nivel, iniciamos en el 2014 el despliegue del Sistema de Gestión de Camas en 20 hospitales a fin de mejorar el flujo entre egresos e ingresos mediante: i) la organización de la prealta y alta efectiva del paciente; ii) el acortamiento de tiempos para limpieza, conservación y preparación, y iii) la disposición de camas, listas para su nueva ocupación.

En la implantación del piloto, de julio a diciembre de 2014, disminuyó 9% en promedio los días de estancia de 5.7 en 2013 a 5.2 en 2014. En febrero de 2015 inició el despliegue en 20 hospitales de siete delegaciones. Se organizaron equipos multidisciplinarios con la participación de médicos, trabajadoras sociales, asistentes médicas, enfermeras, personal de limpieza y conservación, estas acciones permitirán agilizar la estancia en Observación Urgencias y disminuir su saturación.

#### **Fortalecimiento de la productividad de las Unidades Médicas de Atención Ambulatoria**

Con el propósito de abatir el rezago quirúrgico y liberar espacios para cirugías de mayor complejidad o de urgencias en los hospitales del segundo nivel, el H. Consejo Técnico aprobó en 1997 la construcción de Unidades Médicas de Atención Ambulatoria

(UMAA). Actualmente el IMSS cuenta con 37 de estas Unidades, que ofrecen servicios quirúrgicos de corta estancia (menor a 12 horas), de Cirugía General, Oftalmología, Otorrinolaringología, Urología, Ortopedia y Traumatología, es decir, que en su recuperación postoperatoria no requieren de hospitalización. Se otorgan también servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento como: endoscopias, espirometrías, inhaloterapia, hemodiálisis, aplicación de láser oftálmico y quimioterapia.

La productividad de las Unidades Médicas de Atención Ambulatoria en 2014, concentró: i) 17.6% de la cirugía ambulatoria que realiza el IMSS, liberando espacio equivalente a 26 quirófanos de hospitales para realizar intervenciones de mayor complejidad, y ii) la atención de 13% de los pacientes con insuficiencia renal crónica bajo tratamiento mediante el servicio integral de hemodiálisis.

Como se muestra en la gráfica V.7, estas Unidades incrementaron 17% la productividad global de los servicios, al pasar de 597 mil procedimientos en 2013, a casi 700 mil en 2014. El reto es incrementar la referencia de pacientes con padecimientos que requieren para su atención, de salas de operaciones o de procedimientos de corta estancia para liberar más espacios en los hospitales.

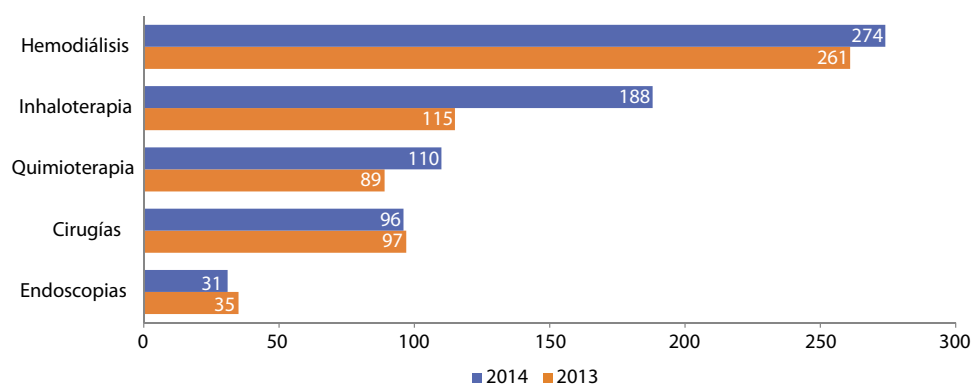
## V.5.4. Prevención del riesgo materno y mejora de la atención obstétrica

La atención obstétrica es la principal causa de egresos hospitalarios del IMSS. Desde su origen, se han registrado en el IMSS cerca de 43 millones de nacimientos. El Instituto mantiene constante las mejoras de la atención a las mujeres y recién nacidos mediante dos programas: i) prevención del embarazo en adolescentes, y ii) disminución del riesgo de muerte materna y perinatal. Estos programas están alineados a los objetivos del milenio, establecidos por la Organización de las Naciones Unidas, que se miden por indicadores como: tasa de natalidad entre adolescentes, cobertura de atención prenatal y tasa de mortalidad materna.

### Plan para prevenir el embarazo en las adolescentes

El IMSS, alineado a las acciones de la Estrategia Nacional de Prevención del Embarazo en Adolescentes, propicia un entorno habilitante de decisiones libres, responsables e informadas de los jóvenes en el ejercicio de su sexualidad y la prevención del embarazo, tanto con acciones educativas, como con acceso a métodos anticonceptivos. La campaña sectorial 2015 “Es tu vida, es tu futuro, hazlo seguro” forma parte de estas

**Gráfica V.7.**  
**Productividad en Unidades Médicas de Atención Ambulatoria, comparativo 2013-2014**



Fuente: Dirección de Prestaciones Médicas, IMSS.

estrategias de información masiva a este grupo de alto riesgo. El acceso efectivo a métodos anticonceptivos incluye los de acción prolongada, así como la pastilla de emergencia y preservativos; adicionalmente, se promueve la protección para prevenir enfermedades de transmisión sexual.

Como resultado de estas estrategias educativas, la proporción de adolescentes embarazadas (entre el total de embarazos) disminuyó de 12.3% en 2013 a 11.5% en 2014; la proporción de egresos postevento obstétrico disminuyó de 48 mil (9.1%) en 2013 a 44 mil (8.5%) en 2014 y la cobertura de protección anticonceptiva en el postparto, incluyendo transcesárea fue de 81.6%.

### **Programa para la disminución del riesgo de muerte materna y perinatal**

Evitar la mortalidad materna es prioridad de atención a la salud en el mundo. En el IMSS, se realizan esfuerzos para evitar la mortalidad materna en todos los servicios, desde la consulta preconcepcional en el primer nivel, hasta la atención de la emergencia obstétrica.

En el primer nivel de atención se fortaleció el módulo de riesgo reproductivo y planificación familiar del Expediente Clínico Electrónico, que facilita, sistematiza, califica y proporciona mensajes que permiten la identificación de enfermedades de riesgo, uso de anticoncepción o referencia a hospitales para atención oportuna. En paralelo, el IMSS otorga más de siete consultas de vigilancia prenatal en las que se proporcionan recomendaciones e identifican factores de riesgo para prevenir y/u otorgar tratamiento a las complicaciones de la madre y su hijo.

Con el propósito de brindar atención inmediata, oportuna y de calidad a mujeres con emergencia obstétrica, se organizaron equipos de respuesta inmediata, integrados por personal interdisciplinario de todos los servicios que identifican y tratan

complicaciones de inmediato. Estos tienen comunicación entre diferentes niveles operativos y directivos del Instituto los 365 días del año.

Para beneficio de las pacientes del Programa IMSS-PROSPERA que no son derechohabientes del IMSS Régimen Obligatorio, el Honorable Consejo Técnico del IMSS autorizó desde 2006, que los hospitales de este último, atiendan embarazadas complicadas o con emergencia obstétrica, que antes eran atendidas en hospitales de tercer nivel de las Secretarías de Salud de los Estados. De 2006 a 2014 se han atendido 15.7 mil embarazadas. Esta autorización ha contribuido directamente al descenso progresivo de la mortalidad materna en la población campesina e indígena más desprotegida. Como resultado, mientras en 2007 se reportaron 113 defunciones maternas en IMSS-PROSPERA (IMSS-Oportunidades en su momento), gracias a la atención en Régimen Obligatorio, la mortalidad materna se ha reducido 61%, ya que en 2014 murieron 44 mujeres.

Con el propósito de contribuir a la integración del Sistema Nacional de Salud, el Instituto participa en la atención de no derechohabientes con emergencia obstétrica, bajo el Convenio General de Colaboración Interinstitucional en 95 hospitales del Régimen Obligatorio y 47 del Programa IMSS-PROSPERA. Como muestra el cuadro V.13, de 2009 a 2014 se tuvieron 4,319 solicitudes de atención por mujeres no derechohabientes; de ellas, 2,733 fueron emergencias obstétricas, en cuyos partos se obtuvieron 1,708 recién nacidos. Destaca que de 2009 a junio de 2011, el registro fue manual con criterios diferentes, implementándose desde julio de 2011 el censo nominal electrónico que nos da información confiable y oportuna para el seguimiento de casos.

En el Régimen Obligatorio del IMSS, en 2014 se presentaron 136 casos de muerte materna; con una razón de 29.8 por 100 mil recién nacidos, el incremento directo fue por enfermedades infecciosas, 12 por

influenza y 7 por dengue, por lo que se fortalecen acciones médico-preventivas, como inmunización contra influenza durante el embarazo y atención de cuidados intensivos para embarazadas o puérperas con dengue (gráfica V.8).

El Instituto enfrenta el reto de recuperar la tendencia decreciente de mortalidad y evitar que factores coyunturales afecten avances logrados. El objetivo a mediano plazo es lograr la Meta del Milenio: tasa de muerte materna a 22 por 100 mil nacidos vivos.

Con el Programa de Reanimación Neonatal, las acciones para inducir la madurez pulmonar en prematuros y el fortalecimiento de las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales, en el IMSS la mortalidad perinatal va en descenso como lo muestra la gráfica V.9. La tasa por 1,000 nacimientos del año 2014 es de 9.1, manteniéndose igual al año anterior, ambas por debajo del valor de referencia establecido de 9.2, por la dificultad que implica la atención de prematuros con peso menor de 1 kilo obtenidos de la interrupción temprana del embarazo para evitar la muerte materna por preeclampsia y eclampsia.

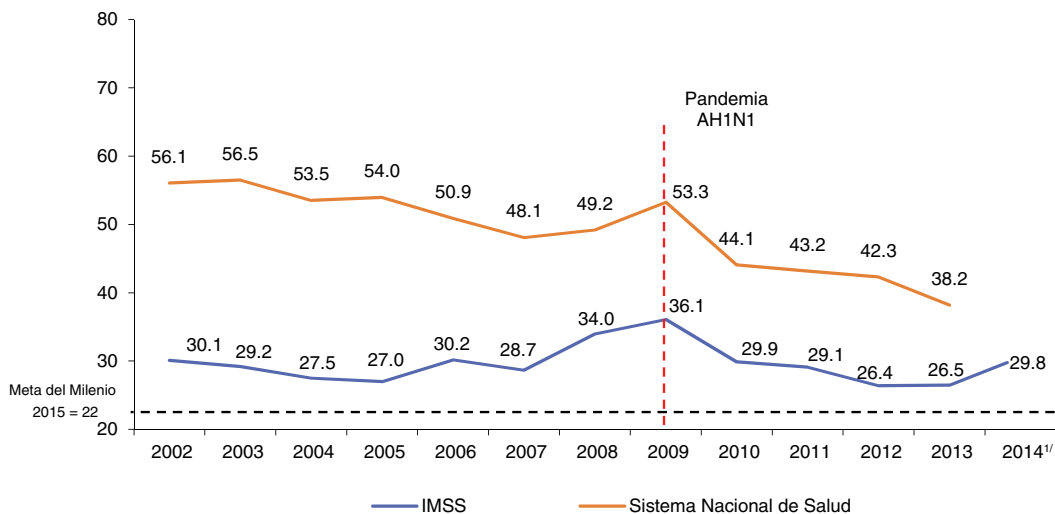
**Cuadro V.13.**  
**Total de atenciones por emergencia obstétrica otorgadas en el IMSS**

	2009 <sup>1/</sup>	2010 <sup>1/</sup>	2011 <sup>1/</sup>	2012	2013	2014	Total
Emergencia obstétrica	1,089	446	258	301	316	323	2,733
Recién nacidos atendidos	722	242	174	204	182	184	1,708
Solicitudes de atención	2,171	850	332	307	323	336	4,319

<sup>1/</sup>Registro manual de la información.

Fuente: Dirección de Prestaciones Médicas, IMSS.

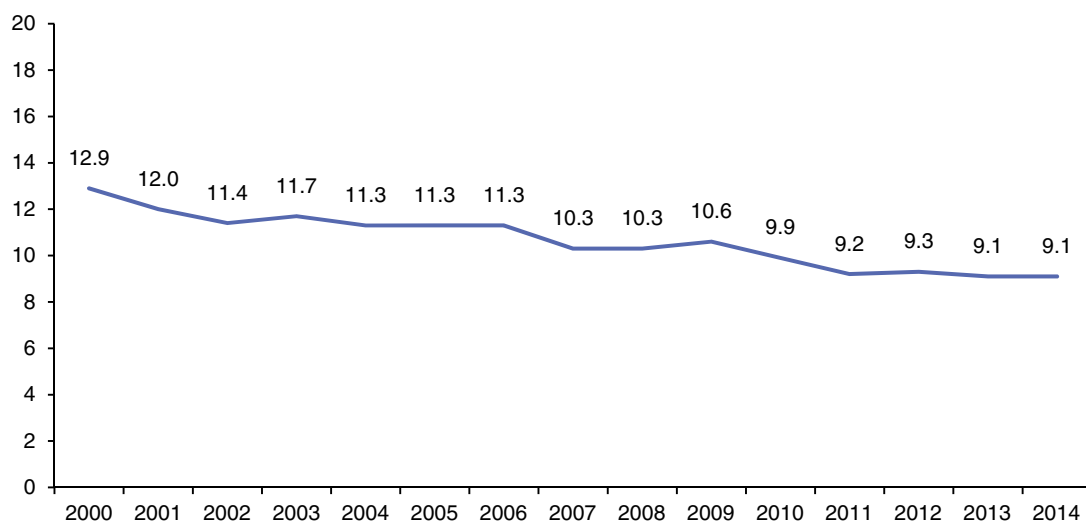
**Gráfica V.8.**  
**Razón de muerte materna, 2002-2014**  
(número de defunciones maternas por cada 100,000 nacidos vivos)



<sup>1/</sup> Cifra preliminar hasta cotejo con Secretaría de Salud.

Fuente: Dirección de Prestaciones Médicas, IMSS; Secretaría de Salud.

**Gráfica V.9.**  
**Tendencia de la mortalidad perinatal en el IMSS**  
 (número de defunciones perinatales por cada 1,000 nacimientos)



Fuente: Sistema de Mortalidad del IMSS (SISMOR).

## V.6. Hacer frente a las enfermedades crónicas no transmisibles

Como se mencionó en la sección V.4, las enfermedades crónicas no transmisibles se caracterizan por ser de larga duración y progresión lenta, son complejas e implican un alto grado de dificultad técnica y elevado costo de atención, por lo que ejercen presión en las finanzas institucionales y agravan la precaria condición financiera del Seguro de Enfermedades y Maternidad.

Dentro de las enfermedades crónico-degenerativas de alto impacto financiero destacan: i) las enfermedades cardiovasculares e hipertensión arterial; ii) la diabetes mellitus; iii) los cánceres, en particular el cérvico-uterino y de mama; iv) la insuficiencia renal crónica, principalmente como complicación de las dos primeras, y v) aunado al problema que la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH/SIDA) representa, como enfermedad crónica trasmisible que en su fase avanzada se puede manifestar con la aparición de diferentes tipos de cáncer e infecciones agregadas.

### V.6.1. Análisis del gasto en enfermedades crónico-degenerativas de alto impacto financiero para el IMSS

En 2014 el gasto por la atención médica de los pacientes en tratamiento con alguna de las seis enfermedades crónico-degenerativas de alto impacto financiero que se mencionaron, se estima en 86,139 millones de pesos de 2015 (cuadro V.14). Esta cifra representa 31.8% del gasto médico del registrado en el IMSS en ese año. La diabetes mellitus y la hipertensión arterial concentran 78% del gasto médico estimado de estas enfermedades, y si se agrega su principal complicación que es la insuficiencia renal, este porcentaje aumenta a 94%; es decir, que el mayor gasto médico atribuible a las enfermedades crónico-degenerativas se concentra en tres de ellas.

En el Instituto se han desarrollado modelos de proyección demográfica, epidemiológica y financiera de estas enfermedades. Los resultados



**Cuadro V.14.**  
**Gasto médico en 2014 de seis enfermedades crónico-degenerativas de alto impacto financiero**  
(millones de pesos corrientes)

Padecimiento	Pacientes en tratamiento	Gasto (millones de pesos de 2015)		
		Ambulatorio	Hospitalario	Total
<b>Hipertensión arterial</b>	<b>4,030,121</b>	<b>22,412</b>	<b>6,355</b>	<b>28,767</b>
Sin complicaciones	3,970,530	21,526	602	22,127
Con complicaciones directas <sup>1/</sup>	59,591	886	5,753.26	6,639
<b>Diabetes mellitus</b>	<b>2,508,829</b>	<b>36,008</b>	<b>2,596</b>	<b>38,604</b>
Sin complicaciones	1,991,723	11,656	-	11,656
Con complicaciones	517,106	24,352	2,596	26,948
<b>Cáncer de mama</b>	<b>45,345</b>	<b>3,254</b>	<b>313</b>	<b>3,567</b>
<i>In situ</i>	1,171	16	1	18
Cáncer	44,175	3,237	312	3,549
<b>Cáncer cérvico-uterino</b>	<b>15,032</b>	<b>165</b>	<b>157</b>	<b>322</b>
<i>In situ</i>	2,857	11	20	30
Cáncer	12,175	154	138	291
<b>Insuficiencia renal crónica terminal (pacientes en terapia sustitutiva de la función renal)</b>	<b>58,055</b>	<b>13,137</b>	<b>113</b>	<b>13,250</b>
<b>VIH/SIDA</b>	<b>27,962</b>	<b>1,510</b>	<b>119.96</b>	<b>1,630</b>
<b>Total</b>	<b>6,685,344</b>	<b>76,485</b>	<b>9,654</b>	<b>86,139</b>

<sup>1/</sup> Se consideraron las complicaciones hospitalarias derivadas de la hipertensión arterial, tales como el infarto agudo al miocardio, la insuficiencia cardiaca, la enfermedad renal crónica hipertensiva y las enfermedades vasculares cerebrales.

Fuente: IMSS.

de las estimaciones se presentan a las autoridades institucionales al final de cada año<sup>89</sup>.

Con base en las proyecciones de número de pacientes en tratamiento y costos médicos asociados, se estima que el gasto en estas enfermedades crecerá en los próximos años a una tasa promedio anual de 4% en términos reales. Lo anterior se debe a la combinación de varios factores: i) un envejecimiento poblacional derivado de un incremento en la esperanza de vida y la reducción en la fecundidad; ii) estas enfermedades se incrementan por hábitos inadecuados como el tabaquismo, sedentarismo, consumo de azúcares y alimentos procesados y estrés laboral, y iii) complicaciones y comorbilidades, que encarecen su tratamiento.

<sup>89</sup> La evaluación del Programa de Administración de Riesgos Institucionales contempla las proyecciones epidemiológicas y financieras de estos padecimientos en el mediano y largo plazos. Este documento se presenta al H. Consejo Técnico y a la Asamblea General del IMSS.

## V.6.2. Prevención, control y atención de las enfermedades crónico-degenerativas

Para mejorar el bienestar de la población de manera integral es indispensable detectar a tiempo la enfermedad y atender de manera eficiente y oportuna a los que enferman.

El Instituto ha desarrollado programas encaminados a controlar la diabetes y la hipertensión arterial, los cánceres más frecuentes, así como la atención al infarto al miocardio, e incrementar la donación y trasplantes de órganos, tejidos y células.

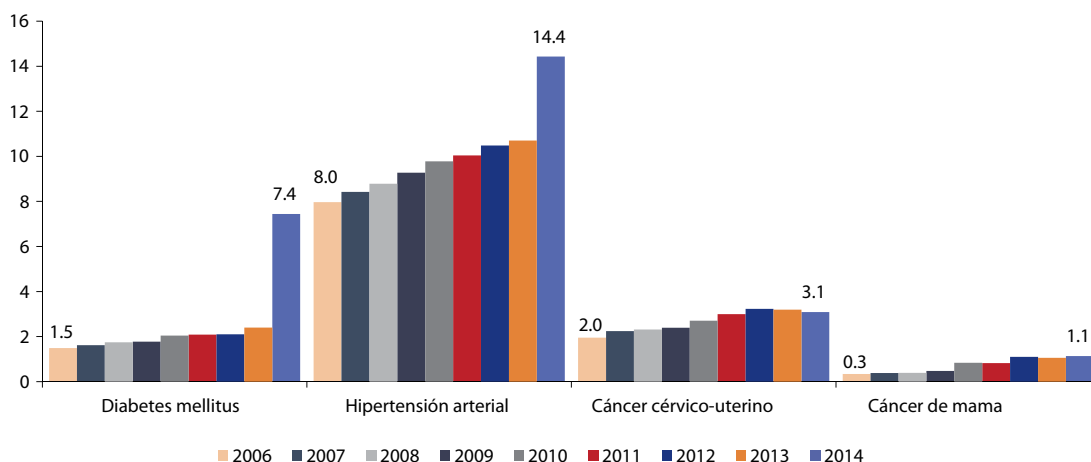
## Prevención y detección de las enfermedades crónico-degenerativas

La detección oportuna de enfermedades crónicas no transmisibles está enfocada a cinco padecimientos prioritarios: diabetes mellitus, hipertensión arterial, hipercolesterolemia, cáncer cérvico-uterino y cáncer de mama. La gráfica V.10 muestra que el número de derechohabientes a los que se les realizan estas detecciones ha aumentado año tras año. En 2013 se realizaron 2.4 millones de detecciones de diabetes en población mayor de 44 años; en 2014, esta detección se alineó al programa sectorial, y se inició a partir de los 20 años de edad; se realizaron 7.4 millones de detecciones con la identificación de 977 mil casos sospechosos. En detección de hipertensión arterial, también se amplió el grupo blanco, en 2013 se realizaron 10.7 millones de detecciones y en 2014, 14.4 millones de detecciones, lo que implicó identificar 2.5 millones de casos sospechosos. Por otra parte, la detección del cáncer cérvico-uterino, a través de la prueba de papanicolaou, muestra que desde 2013 se realizaron más de 3 millones de detecciones anuales de primera vez. Asimismo, se

realizaron poco más de 1 millón de mastografías en mujeres de 50 a 69 años de edad en 2014, cifra similar a la obtenida el año anterior, ampliándose esta detección al grupo de 40 a 49 años, en el que se realizaron 134 mil mastografías más, logros que ubican al IMSS como la institución pública con el mayor número de detecciones de cáncer de mama por mastografía en el Sector Salud.

Con el objetivo de evaluar el impacto de las acciones preventivas y tratamiento oportuno de los enfermos de estas principales enfermedades crónicas, se realizó un análisis que permite comparar la mortalidad de la población derechohabiente del IMSS con la mortalidad de la población no derechohabiente del país<sup>90</sup>. Las gráficas V.11 y V.12 muestran la tendencia de la mortalidad de los padecimientos previamente descritos de 1998 a 2014. En todos los casos, la mortalidad en el IMSS arranca en un nivel superior a los no derechohabientes, posiblemente como resultado de diferencias sociodemográficas y mayor prevalencia de algunos factores de riesgo para estas enfermedades en la población derechohabiente. Si las dos líneas fuesen paralelas a través del tiempo,

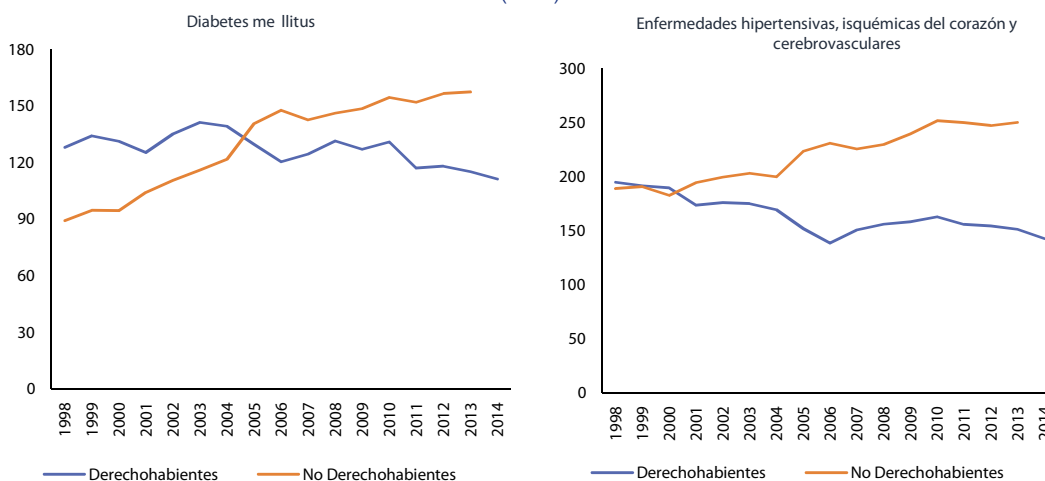
**Gráfica V.10.**  
**Número de detecciones de enfermedades crónicas no transmisibles, 2006-2014**  
(millones)



Fuente: Dirección de Prestaciones Médicas, IMSS.

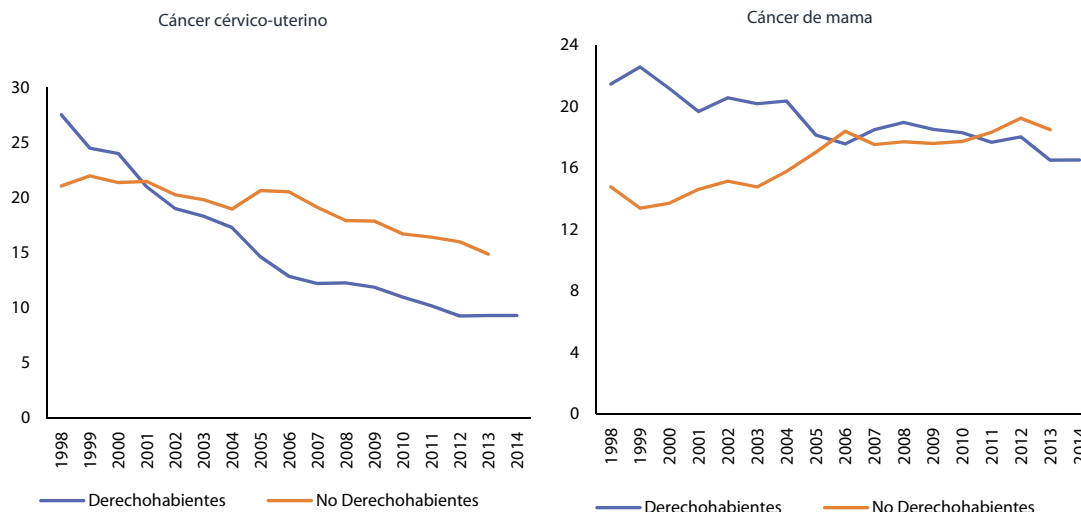
<sup>90</sup> Borja-Aburto VH, González-Anaya JA, Dávila-Torres J, Rascón-Pacheco RA, González-León M. *Evaluation of the impact on Non-communicable chronic diseases of a major integrated primary health care program in Mexico. Family Practice*, 2005; doi: 10.1093/fampra/cm049.

**Gráfica V.11.**  
**Tendencias de mortalidad<sup>1/</sup> por diabetes mellitus y enfermedades cardiovasculares, en derechohabientes y no derechohabientes del IMSS, 1998-2014**  
 (tasa)



<sup>1/</sup> Tasas por 100,000 en personas de 20 años y más, ajustadas por grupo de edad y sexo con población mundial estándar.  
 Fuente: Consejo Nacional de Población (CONAPO), Instituto Nacional de Estadística y Geografía, IMSS.

**Gráfica V.12.**  
**Tendencias de mortalidad<sup>1/</sup> por cáncer cérvico-uterino y cáncer de mama, en derechohabientes y no derechohabientes del IMSS, 1998-2014**  
 (tasa)



<sup>1/</sup> Tasa por 100,000 mujeres de 25 años y más, ajustada por edad según población estándar mundial 2001.  
 Fuente: Consejo Nacional de Población, Instituto Nacional de Estadística y Geografía, IMSS.

significaría que los modelos de atención tienen el mismo efecto en derechohabientes y no derechohabientes; sin embargo, las pendientes de los derechohabientes son diferentes a las de los no derechohabientes, de tal manera que las tasas de mortalidad en los últimos años son menores para los primeros.

El IMSS ha sido actor clave desde el inicio de la epidemia de VIH/SIDA en el país. En 1983 atendió el primer caso reportado en México; fue la primera institución que otorgó tratamientos antirretrovirales; organizó la atención en clínicas especializadas, y otorgó atención médica integral. Del total de pacientes en seguimiento, reciben tratamiento oportuno mediante medicamentos antirretrovirales 100% de los pacientes

que clínicamente lo requieren, de acuerdo con las mejores prácticas internacionales, particularmente europeas, por costo-utilidad y costo-efectividad (más de 90% del total de pacientes infectados). El resto de pacientes lo recibirá cuando lo amerite de acuerdo con su evolución clínica. Gracias al uso adecuado de antirretrovirales y el control de pacientes infectados, la sobrevivencia de pacientes del IMSS actualmente es mayor a 30 años a partir del diagnóstico. La mortalidad por SIDA se redujo de manera importante en los derechohabientes del IMSS en contraste con la población no derechohabiente, como muestra la gráfica V.13.

A pesar de que estos resultados son muy buenas noticias, los impactos en la mortalidad son todavía insuficientes. Existen oportunidades en la gestión del cuidado de los enfermos crónicos que pueden mejorar la eficiencia en el proceso de detección y control de los pacientes.

## Atención del infarto agudo del corazón

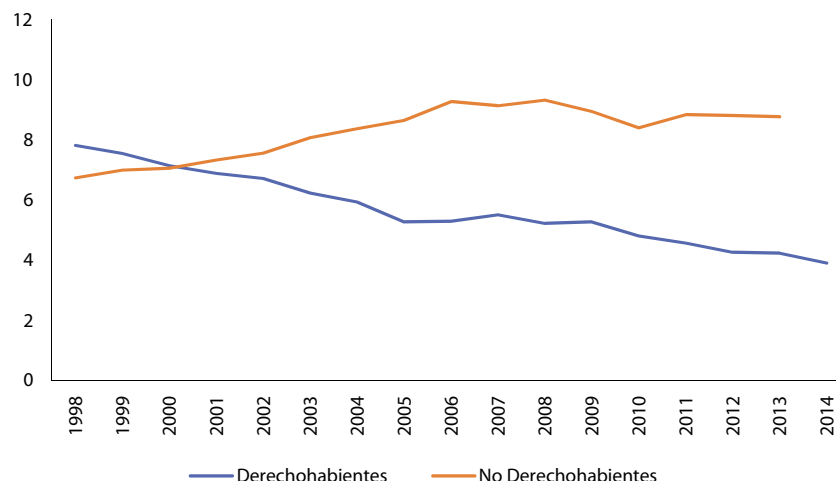
Las enfermedades del corazón, incluida la hipertensión arterial, son la principal causa de muerte en nuestro país y uno de los principales motivos en la demanda de atención. La Organización Mundial de la Salud las

considera un problema de salud pública mundial y en 2013 reportó 17.3 millones de muertes por esta causa. El Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), por su parte, en 2013 reportó 113 mil muertes por estas enfermedades (una cada 4.5 minutos) de las que 68% fueron por enfermedades isquémicas del corazón. El infarto agudo del corazón se debe a la obstrucción de alguna de sus arterias por una placa de grasa y formación de trombo. El diagnóstico y tratamiento oportunos son piedra angular para evitar complicaciones o la muerte.

La Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos publicó, en 2013, que México es el país con mayor mortalidad por infarto agudo del corazón en mayores de 45 años durante los primeros 30 días posteriores a su admisión, con 27.2% atendidos, cuando el promedio en el grupo de países que la conforman es de 7.9% atendidos.

En 2014, en el IMSS, estas enfermedades fueron primer motivo de Consulta Externa (17.4 millones), tercer motivo de egreso hospitalario (104 mil) y quinto motivo de consulta en Urgencias (767 mil). En 2013 se reportaron 38 mil muertes por esta causa (una cada 13 minutos, a diferencia de la citada arriba por el INEGI).

**Gráfica V.13.**  
**Tendencias de mortalidad<sup>1/</sup> por SIDA, en derechohabientes y no derechohabientes del IMSS, 1998-2014**  
(tasa)



<sup>1/</sup> Tasas por 100,000 de 20 años y más, ajustadas por grupo de edad y sexo con población mundial estándar.  
Fuente: Consejo Nacional de Población, Instituto Nacional de Estadística y Geografía, IMSS.

El tratamiento se realiza mediante reperfusión coronaria (cateterismo) con balón y *Stent* en una sala de Hemodinamia por personal altamente capacitado (procedimiento invasivo para resolver la obstrucción por grasa) o con medicamentos intravenosos que permiten disolver el trombo (terapia fibrinolítica); estos procedimientos tienen evidencia científica de efectividad y utilidad en las primeras 12 horas de iniciados los síntomas, pero para disminuir la mortalidad idealmente deben realizarse durante las dos primeras horas de iniciados los síntomas.

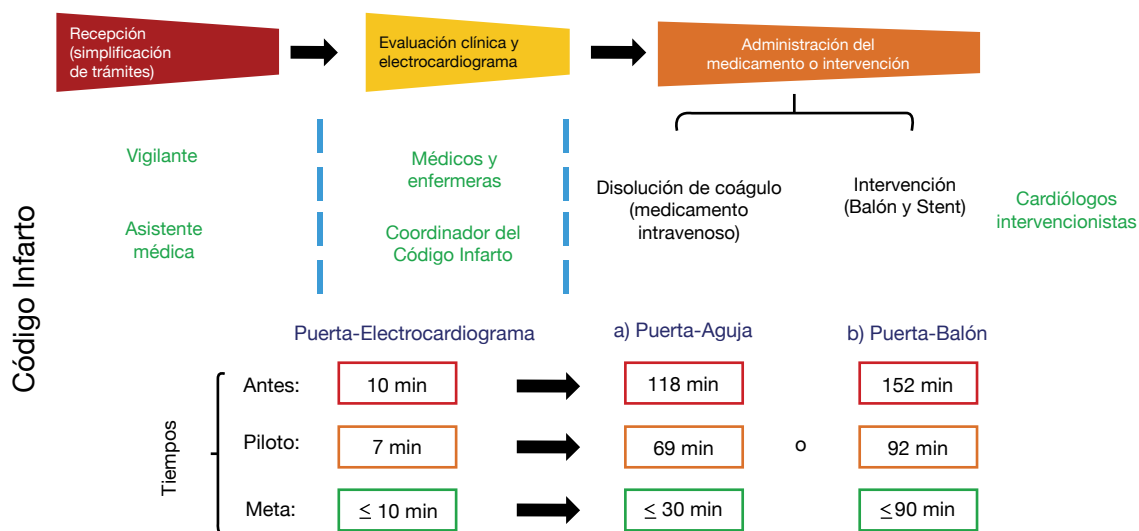
El primer estudio de vida real en el IMSS, consignado en el Registro Nacional de Síndrome Coronario Agudo, incluyó 2.3 mil casos, de los que 65% fueron por infarto agudo de corazón; de estos, a 8% se le realizó cateterismo en Hemodinamia con balón y *Stent*, a 42% terapia fibrinolítica y el restante 50% llegó fuera de tiempo para estos tratamientos.

Ante esta problemática, el IMSS ha implementado un protocolo para mejorar la calidad de la atención en los servicios de Urgencias, llamado Código Infarto, que tiene como objetivo garantizar el diagnóstico y

tratamiento en menor tiempo, de manera que se realice la reperfusión o apertura de la arteria antes de 90 minutos en una sala de Hemodinamia (hospitales de tercer nivel) o la terapia fibrinolítica (hospitales de segundo nivel) en los primeros 30 minutos de su llegada al servicio.

La instrumentación del Código Infarto se inició el mes de febrero de 2015 en el Hospital de Cardiología del Centro Médico Nacional "Siglo XXI" y su área de influencia, que cuenta con nueve Hospitales y dos Unidades de Medicina Familiar. Se capacitó a más de 800 trabajadores de la salud y auxiliares de todas las categorías (asistentes médicas, vigilantes, trabajadoras sociales, enfermeras, médicos) para que, a través de un Coordinador del Código Infarto, se tuviera la garantía de disponibilidad de insumos, reactivos, equipos y personal en los servicios de Urgencias y Hemodinamia las 24 horas, los siete días de la semana y que, en forma coordinada con los Hospitales o Unidades de Medicina Familiar, se realizaran todas las acciones para garantizar el diagnóstico y tratamiento en pacientes con infarto agudo del corazón (gráfica V.14).

**Gráfica V.14.**  
**Implementación del Código Infarto**

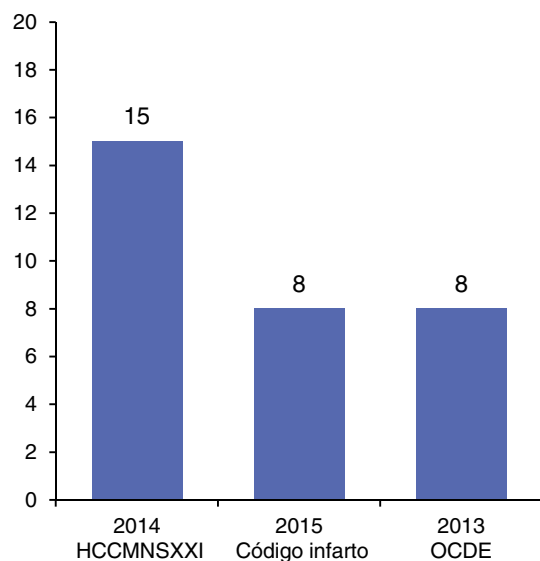


Fuente: Dirección de Prestaciones Médicas, IMSS.

A tres meses del inicio del piloto se han incluido 150 pacientes, se incrementó la reperfusión en 50% y ha disminuido la mortalidad más de 20%; es decir, se realiza reperfusión coronaria (cateterismo) con balón y *Stent* en una sala de Hemodinamia o con medicamentos intravenosos que permitan disolver el trombo (terapia fibrinolítica) a 75% de los pacientes infartados en menos de dos horas en promedio, con una diferencia estadísticamente significativa a favor de la implementación del piloto, como se observa en el diagrama de flujo.

La mortalidad reportada por infarto agudo del corazón en hospitales de segundo nivel de atención en 2014, fue de 48% y 31% en la Delegación Distrito Federal Sur, en pacientes que fueron seleccionados para la implementación del Código Infarto. En la gráfica V.15 se observa la disminución de la mortalidad con la implementación de este programa en 2015, muy similar al promedio reportado por la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos en 2013.

**Gráfica V.15.**  
**Cambios en la mortalidad temprana con la implementación del Código Infarto en el Centro Médico Nacional “Siglo XXI”**



Fuente: Dirección de Prestaciones Médicas, IMSS.

Este programa piloto permite visualizar qué Código Infarto puede ser implementado al menos en 10 centros médicos de tercer nivel de atención distribuidos en todo el país al final de esta Administración, objetivo en el que se trabajará de forma puntual, de tal manera que el IMSS se consolide como pionero en la implementación de esta estrategia que, al mejorar la oportunidad en la atención, reducirá complicaciones, costos y mortalidad.

## Atención a pacientes diabéticos

Las complicaciones de la diabetes podrían evitarse si la enfermedad se detecta a tiempo y se controla de manera adecuada a los pacientes que ya la padecen. En 2014, el IMSS tuvo registro de 3.5 millones de pacientes con diabetes, de los cuales acudieron a consulta de control por su médico familiar 2.5 millones. La mayor parte de los diabéticos (97%) son atendidos por su médico familiar, a través de atención regular basada en el tratamiento con medicamentos y algunas acciones sobre alimentación y actividad física. En el último año, 15 mil médicos familiares otorgaron 13 millones de consultas, y lograron llevar a 43% de sus pacientes a las cifras de glucosa sanguínea suficientemente bajas para prevenir complicaciones, en comparación con 37% de años previos; porcentaje que puede y debe mejorarse. En un esfuerzo por aumentar este control, desde hace siete años se crearon los módulos DIABETIMSS dentro de las Unidades de Medicina Familiar, donde equipos multidisciplinarios, en un modelo médico asistencial, brindan atención especializada que incluye educación grupal centrada en el paciente y su familia. El objetivo es propiciar la modificación del estilo de vida para alcanzar el control metabólico, así como la identificación temprana de las complicaciones asociadas a riñones, ojos y extremidades inferiores. Actualmente se encuentran funcionando 136 módulos que atienden 99 mil pacientes (4% del total de diabéticos atendidos) con un logro de 51% de pacientes en el control de la glucosa (cuadro V.15).

**Cuadro V.15.**  
**Comportamiento Módulos DIABETIMSS**

<b>Año</b>	<b>Número de pacientes</b>	<b>Número de pacientes con complicaciones incipientes</b>	<b>Número de pacientes con control metabólico</b>	<b>% de control metabólico</b>
2013	98,099	24,822	46,844	48
2014	99,697	26,076	51,288	51

Fuente: IMSS

Sin embargo, la baja cobertura de estos módulos hace necesario extender el modelo de atención multidisciplinaria a todos los médicos familiares. Este año se encuentra en evaluación este modelo de atención en 6 Unidades de Medicina Familiar, donde el médico contará con la ayuda de enfermeras, nutricionistas y trabajadoras sociales para la modificación de los estilos de vida de los diabéticos y prediabéticos que por primera vez serán vigilados y atendidos de acuerdo con las recomendaciones internacionales.

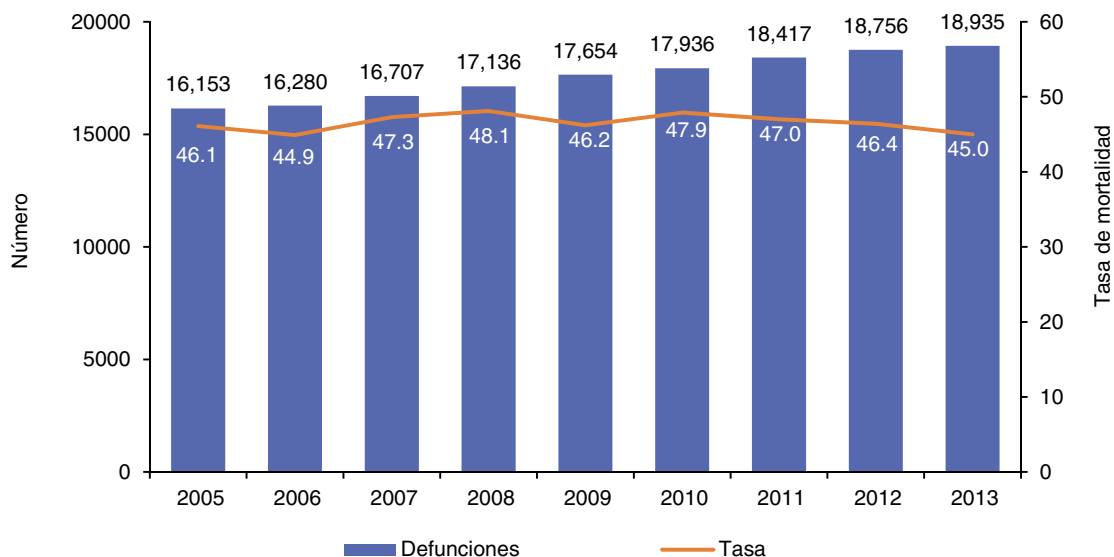
### **Atención de pacientes con cáncer OncolMSS**

La Organización Mundial de la Salud reporta al cáncer como segunda causa de muerte en el mundo. En

América se registraron 1.3 millones de muertes en 2012 por esta causa; las proyecciones sugieren que el número de fallecimientos aumentará a 2.1 millones para el 2030.

En el IMSS, el cáncer fue la tercera causa de muerte en 2013, con 19 mil defunciones hospitalarias (gráfica V.16). Dicho padecimiento presentó un incremento de 8.5% de casos en los últimos ocho años, con gran impacto en “años perdidos por muerte prematura y años vividos con discapacidad”. Para 2013 el cáncer se ubica como tercera causa de mortalidad general en población derechohabiente; la primera en mujeres y hombres de 20 a 59 años, y en adolescentes de 10 a 19 años; la tercera en el adulto mayor de 59 años, y la cuarta en niños menores de 10 años.

**Gráfica V.16.**  
**Número de defunciones y tasa de mortalidad<sup>1/</sup> por tumores malignos, IMSS 2005-2013**



<sup>1/</sup> Por 100,000 derechohabientes adscritos a médico familiar.  
Fuente: Sistema de Mortalidad del IMSS (SISMOR) 2005-2013.

De las principales causas de mortalidad por cáncer de acuerdo con el órgano o sitio de afección, los más frecuentes en la mujer son: mama, cuello uterino, leucemias, ovario, colon y recto; en el hombre son: próstata, pulmón, leucemias, colon-recto y gástrico (cuadro V.16). Para los grupos de niños y adolescentes, los más comunes y letales son: leucemias, tumores de sistema nervioso central y de hueso.

El IMSS cuenta con dos programas de detección para dos tipos de cáncer en la mujer: el de cuello uterino y el de mama. Existe el reto de identificar con mayor oportunidad el cáncer de colon y recto, el de próstata y los mencionados para niños y adolescentes.

Para lograrlo se han reorganizado procesos de acceso, prevención, detección, curación, rehabilitación y cuidados paliativos, mediante el Programa “OncolMSS” que inició en el segundo semestre de 2014; hasta el momento se han realizado las siguientes acciones:

- i) Para dar respuesta al incremento en la detección y tratamiento oportunos de cáncer en la infancia y adolescencia, se creó el Departamento de Oncología Pediátrica en el Hospital General de Zona No. 1 de Tapachula, Chiapas; con ello se ha mejorado la oportunidad del tratamiento y se incrementa la expectativa de vida en la zona sur del país.
- ii) Se desarrolló en el IMSS, por primera vez en México, un sistema para la vigilancia

epidemiológica y seguimiento clínico de casos, denominado “Registro Institucional del Cáncer” en 11 clínicas, su despliegue nacional permitirá contar con datos para investigación clínico-epidemiológica y un mejor control de pacientes.

- iii) Se capacitaron 10 mil médicos y enfermeras del primer nivel de atención para fortalecer la detección oportuna del cáncer de mama.
- iv) Se incorporará en 2015 la detección del cáncer de colon y recto; con ello, a mediano plazo, disminuirémos la tasa de mortalidad.

## Donación y trasplantes de órganos, tejidos y células

Los trasplantes, para algunas enfermedades como la insuficiencia renal, complicación de 30% en diabéticos y 34% en hipertensos, representan la mejor alternativa de calidad y sobrevida; además, generan ahorros de hasta 40%, si se comparan con el manejo dialítico. Es por ello que el Presidente de la República instruyó que el Instituto incremente 10% su realización y se fortalezca la donación cadavérica.

Se han implementado acciones como:

- i) incrementar la donación cadavérica, a través de una red institucional de donación;
- ii) asignación de coordinadores hospitalarios de donación capacitados para cada delegación;
- iii) organización de Centros Concentradores de Trasplantes, eliminando la “pulverización” que se tenía en hospitales con muy baja producción, mejorando la cantidad y calidad

**Cuadro V.16.**  
**Tasas de mortalidad por cáncer específico en adultos**

Mujeres		Hombres	
Neoplasia por órgano específico	Tasa de Mortalidad por 100 mil DH <sup>1/</sup>	Neoplasia por órgano específico	Tasa de Mortalidad por 100 mil DH <sup>1/</sup>
Mama	11.6	Próstata	6.9
Cuello uterino	6.8	Pulmón	6.8
Leucemias	3.4	Leucemias	4.5
Ovario	3.1	Colon y recto	3.7
Colon y recto	2.7	Estómago	3.4

<sup>1/</sup> Derechohabientes

Fuente: Sistema de Mortalidad del IMSS (SISMOR) 2005-2010.



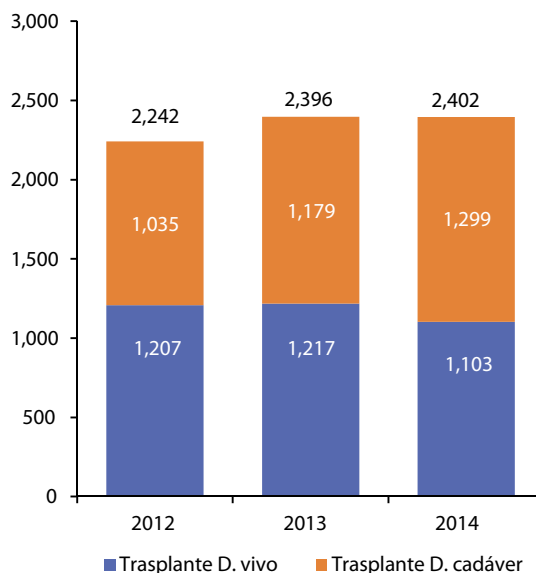
de los procedimientos, y iv) capacitación de nuevo personal y gestión suficiente y oportuna de recursos.

El Instituto realiza 56% del total de trasplantes renales practicados en el Sistema Nacional de Salud. La realización de trasplantes en el IMSS se incrementó de 2,396 en 2013 a 2,402 en 2014 (gráfica V.17). La sobrevivencia del injerto trasplantado a un año, fue de 84.1% en 2012 y se incrementó a 93.4% en 2014, cifra similar a la de los países desarrollados.

Además del trasplante de riñón, se realizan de otros órganos y tejidos. Durante 2014 se llevaron a cabo 723 trasplantes de córnea, con incremento de 10% respecto a 2013; 174 de células progenitoras hematopoyéticas, anteriormente conocido como “trasplante de médula ósea”, que representó un crecimiento de 23% respecto al año previo; 42 trasplantes de corazón, 23% más que 2013, y 36 trasplantes hepáticos, con descenso de cinco órganos porque algunos de ellos no fueron viables para ser trasplantados.

Se ha incrementado la red hospitalaria de donación de 38 hospitales en 2008 a 60 en 2014, lo que permite procurar órganos y tejidos en un mayor número de Unidades. Asimismo, un aumento en el número de Coordinadores Hospitalarios de Donación, de cuatro en 2008 a 31 en 2014. Estas acciones permitieron incrementar la donación cadavérica multiorgánica en 34%, pasando de 331 en 2013 a 446 en 2014, lo que significa una tasa de 7.9 donaciones por millón de derechohabientes y lo que llevó a trasplantar a 1,035 pacientes con donadores cadavéricos en el 2012, y a 1,299 en el 2014. Se establecieron convenios con la Universidad Claude Bernard de Francia y el *Brigham and Women’s Hospital de Boston* de Estados Unidos, para fortalecer la capacitación de personal médico en el área de trasplante hepático y renal. Se desarrolló un programa para consolidar Unidades de Trasplantes Altamente Especializadas, a las cuales se dotará de recursos para incrementar su realización con alta eficiencia, calidad y oportunidad; asimismo, se realizó el cierre de programas con baja productividad.

**Gráfica V.17.**  
**Incremento en trasplantes en el IMSS, 2012 a 2014**



Fuente: Dirección de Prestaciones Médicas, IMSS.

## V.7. Educación e investigación como estrategias de mejora de la calidad de los servicios médicos

El IMSS ha sido sinónimo de excelencia médica en México y en el mundo durante sus más de 70 años de vida. Sin embargo, en los últimos años, debido a reducciones en la inversión del talento médico, se perdió el liderazgo en el sector. La presente Administración, a través de la capacitación continua y la inversión en los recursos humanos e investigación, planea recuperar ese liderazgo en excelencia médica en México.

### V.7.1. Capacitación

Con el objetivo de mejorar la eficiencia y la capacidad resolutoria del personal, en 2014 se realizaron 3,699 cursos con la asistencia de 25,600 trabajadores del área de la salud. Estos logros representaron un incremento de 2.7% en el total de cursos y de 12.3% en el número de trabajadores capacitados, con respecto a lo realizado en el ejercicio 2013 (gráfica

V.18). Además, se impulsó la capacitación a distancia en salud instrumentando 56 cursos en línea que permitieron la capacitación de 11.5 mil profesionales de la salud.

A fin de continuar con la atención médica de vanguardia y la capacitación del más alto nivel, durante 2014 el IMSS formalizó un convenio de colaboración con la Secretaría de Educación Pública mediante el cual se otorgaron becas completas a 54 enfermeras y 45 médicos, quienes asistieron al curso intensivo de inglés para profesionales de la salud en la Universidad de Texas, Campus San Antonio. Para 2015, la Secretaría de Educación Pública otorgará 350 becas a personal de salud para los Estados Unidos de Norteamérica, orientadas a capacitación y actualización profesional.

Durante el presente año, se consolida el convenio de colaboración con el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT), que permitirá al personal institucional realizar posgrados y capacitación técnico-médica, dichos programas de becas y estancias en el extranjero con financiamiento de la Secretaría de

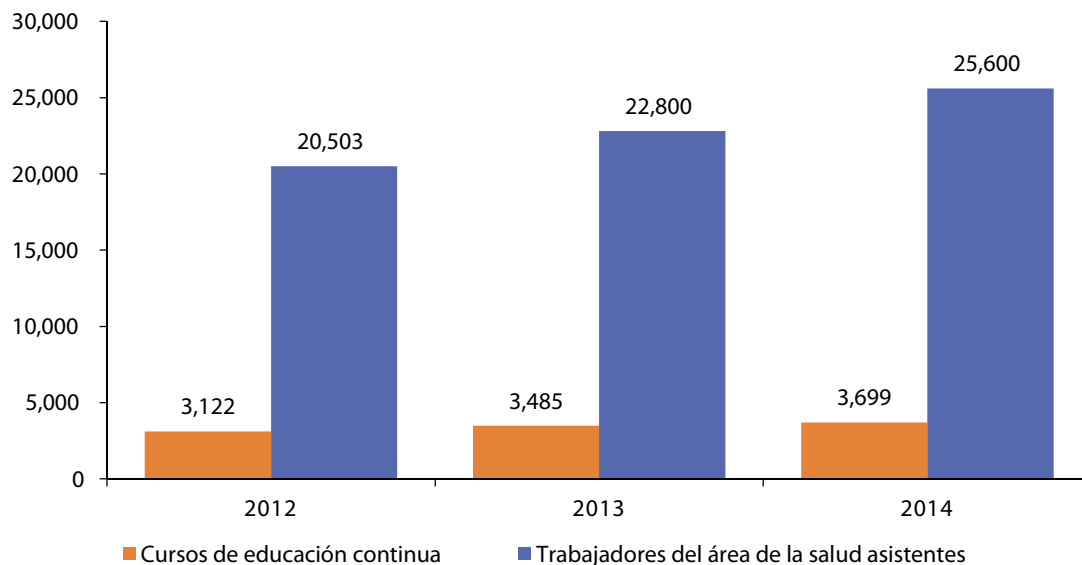
Educación Pública y el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología no tienen precedente en la historia del Instituto.

Como resultado del Primer Foro Franco Mexicano de Intercambio de Mejores Prácticas Clínicas, realizado en abril de 2014, se suscribe convenio de colaboración con la Universidad Claude Bernard Lyon 1 y los Hospices Civils de Lyon, para capacitación, formación e intercambio de experiencias en: trasplante hepático, cardiología, urgencias, patología y capacitación gerencial. Durante 2015, el primer grupo de médicos del IMSS asistirá a Lyon, Francia, para el primer programa de actualización en trasplante hepático.

### V.7.2. Formación de recursos humanos

La formación del personal de salud se vuelve indispensable para el fortalecimiento del modelo de atención médica. Por ello, la preparación de nuevos médicos especialistas debe ser congruente con los cambios demográficos y epidemiológicos de acuerdo con las necesidades de la población derechohabiente.

**Gráfica V.18.**  
**Cursos de educación continua y número de asistentes**



Fuente: Dirección de Prestaciones Médicas, IMSS.

La participación en la creación de nuevos médicos especialistas ha distinguido al IMSS como la institución de salud líder en el país. Durante 2014, el Instituto contaba con 12,600 médicos en formación en 72 diferentes especialidades, cifra superior a los 12,400 médicos registrados en 2013. Para el ciclo académico 2015-2016 la cifra se incrementa, al contar con 12,700 médicos en formación; de estos, 4,300 cursan especialidades orientadas al primer nivel de atención, 10% de los médicos se prepara en urgencias y para enfrentar la prevalencia de enfermedades crónico-degenerativas, 23.6% de los médicos en formación se prepara en especialidades encaminadas específicamente a atender estos problemas.

Uno de los principales objetivos de la atención médica es que ésta sea segura y de calidad para el paciente, y es precisamente con este propósito que se contempla la creación de más Centros de Simulación Médico-Quirúrgica en el país en los próximos tres años, con la finalidad de que los residentes puedan practicar y simular diversos procedimientos diagnósticos y terapéuticos antes de realizarlos en los pacientes.

### **V.7.3. Investigación**

La investigación es primordial para llevar al Instituto a retomar el liderazgo médico en el Sector Salud. Para ello, el IMSS está fortaleciendo la investigación biomédica que busca mejorar los resultados de la atención médica y la calidad de vida de los pacientes. En los últimos años se han graduado un promedio anual de 75 maestros y 25 doctores. En 2014, entre los 250 investigadores de tiempo completo del IMSS, 83% tuvo reconocimiento vigente del Sistema Nacional de Investigadores y se presentaron 36 solicitudes de nuevo ingreso, lo que constituye uno de los porcentajes de pertenencia más altos del Sector Salud.

En los investigadores mencionados existía un rezago entre la categoría contractual y la de evaluación curricular; para solucionarlo, se autorizó la homologación de investigadores y actualmente se encuentra en trámite la homologación de 50 investigadores más.

La investigación no sólo produce conocimiento, sino también descubrimientos que obtienen un registro de patente. Se han obtenido 20 registros de títulos de patente y en 2014 se efectuaron tres solicitudes nuevas, encontrándose 18 en total en proceso de dictaminación.

Se realizó la adquisición de equipo de última generación con una inversión de 90 millones de pesos, dicha inversión es la más importante en las últimas décadas en equipo para investigación, con el objetivo de fortalecer la investigación e innovación en medicina genómica.

El IMSS edita la revista *Archives of Medical Research*, la revista biomédica más importante de Latinoamérica debido al elevado factor de impacto de 2.406, convirtiéndose en la primera revista latinoamericana en superar el 2 de factor de impacto.

Se han firmado convenios con el Consorcio Nacional de Recursos Científicos y Tecnológicos para tener acceso a más de 6,000 títulos de revistas científicas y con la Asociación Mexicana de Industrias de Investigación Farmacéutica (AMIIF) para fortalecer la investigación clínica, en particular para ofrecer moléculas innovadoras a los derechohabientes. En 2014, se fortaleció la investigación biomédica a través de la certificación de la Comisión Nacional de Investigación como Tercero Autorizado por parte de la Comisión Federal para la Protección Contra Riesgos Sanitarios para protocolos de investigación médica, el cual permite coadyuvar en la evaluación y predictamen de los protocolos de investigación en salud.

Estamos retomando y fortaleciendo el vínculo entre atención médica, educación e investigación, lo que sin duda reeditarán en una mejor preparación del personal de salud y en la calidad de la atención del derechohabiente del IMSS.

## **V.8. Reforma del Sistema Nacional de Salud**

Con base en lo que establece el Plan Nacional de Desarrollo y el Programa Sectorial de Salud 2013-2018, en el objetivo de avanzar en la construcción de un Sistema Nacional de Salud Universal, la colaboración y el trabajo coordinado entre las instituciones públicas de salud ha contribuido a desarrollar e implementar proyectos que coadyuvarán a la integración funcional de dichas instituciones. El IMSS, como uno de los principales proveedores de servicios de salud en el país, está comprometido con este objetivo, el cual forma parte de sus prioridades en el Programa Institucional de Trabajo. En este sentido, se enfoca a consolidar el intercambio de servicios participando con las instituciones públicas de salud para transitar hacia un Sistema Nacional de Salud Universal.

### **V.8.1. Intercambio de servicios**

Como resultado del trabajo coordinado a nivel interinstitucional, actualmente se cuenta con herramientas legales homologadas entre las instituciones públicas que permiten operar el intercambio de servicios. De esta forma, es posible aprovechar la capacidad instalada entre las mismas para contribuir a mejorar la prestación de servicios de salud, ampliar la cobertura de atención médica y utilizar de forma eficiente los recursos humanos y de infraestructura del sistema de salud, mediante un diseño operacional homogéneo para todas las instituciones.

En este contexto, el Acuerdo General de Colaboración para el Intercambio de Servicios, suscrito el 12 de mayo de 2011 entre la Secretaría de Salud, el Instituto Mexicano del Seguro Social, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, los Servicios Estatales de Salud y diversas Unidades dirigidas por la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad, establece los lineamientos generales para formalizar los compromisos de prestación médica entre las instituciones de forma homologada y con tarifas máximas de referencia consensuadas entre las instituciones.

La instrumentación operativa del referido acuerdo se realiza a través de la suscripción de convenios específicos en las entidades federativas; en este sentido, el Instituto ha establecido estrategias para consolidar el intercambio de servicios, derivándose en 2014 la suscripción de cinco convenios específicos en esta materia, tres en Yucatán, uno en Querétaro y otro en Durango; asimismo, se renovó el convenio de Baja California Sur y otro en Yucatán firmados en años anteriores. De esta forma, se duplicó el número de convenios comparado con los disponibles en 2013.

De forma acumulada desde el 2012 y con información preliminar para el año 2014, mediante la operación de dichos convenios a nivel nacional, el IMSS ha referido 3,040 pacientes a otras instituciones públicas, atendándose 13,316 eventos. Asimismo, ha prestado atención médica a 705 no derechohabientes, atendiendo 1,048 eventos. Adicionalmente, el beneficio para algunos usuarios al recibir atención médica en su lugar de residencia, se refleja en la disminución de los tiempos de traslado. Por ejemplo, en Baja California Sur, el traslado del Hospital General de Zona No. 1 de la Paz a la Unidad Médica de Alta Especialidad de Ciudad

Obregón, Sonora, con una duración aproximada de cuatro horas, por vía aérea en viaje redondo, disminuye a 30 minutos si el paciente es trasladado al Hospital General "Juan María de Salvatierra" de la Secretaría de Salud, ubicado en esa localidad. Es así como el intercambio genera oportunidades de prestar la atención médica de manera oportuna.

Por otro lado, las instituciones han sumado esfuerzos para ampliar el catálogo de servicios médicos que forma parte del Acuerdo General, al homologar la atención médica y acordar tarifas máximas referenciales para 36 nuevas intervenciones, con lo cual aumenta el número de 819 a 855 intervenciones susceptibles a intercambiarse.

De esta forma, el IMSS ha colaborado con las políticas nacionales vinculadas con la integración del Sistema Nacional de Salud, mediante el fortalecimiento de su capacidad de atención y contribución para garantizar a su población derechohabiente el acceso oportuno a los servicios de salud.