



El presente Informe es resultado de la actualización del análisis sobre la situación financiera del IMSS y su evolución durante el 2014 y principios del 2015. Este capítulo resume las principales actividades y avances obtenidos en este periodo, y define las acciones a realizar hacia adelante, con el propósito de alcanzar los objetivos institucionales de mejorar la calidad y la calidez en el servicio a los derechohabientes y de sanear financieramente al Instituto. Objetivos que están en armonía con las instrucciones del Presidente de la República, Enrique Peña Nieto, para lograr un México más Incluyente y más Próspero, garantizando el acceso efectivo a los servicios de salud de calidad y de seguridad social para todos en el largo plazo.

Como se detalla en el Capítulo I, el IMSS enfrenta un panorama financiero complicado, derivado de factores externos e internos. Los principales factores externos son las transiciones demográfica y epidemiológica. La transición demográfica implica que la población está experimentando un envejecimiento natural en el cual hay menos trabajadores activos por cada retirado y que a su vez estos últimos viven más años. Este fenómeno, para los servicios médicos, se traduce en menos trabajadores financiando los servicios médicos de más trabajadores retirados que viven cada vez más años. La transición epidemiológica presenta un doble reto: el primero es que, al igual que los países desarrollados, las enfermedades crónico-degenerativas no transmisibles son la carga más importante en términos de Años de Vida Saludables Perdidos Ajustados por Discapacidad (AVISA) y representan una mayor carga financiera para el

Instituto¹³¹. El segundo, es que al igual que los países en vías de desarrollo, las enfermedades infecciosas y los accidentes siguen siendo el principal motivo de demanda de atención en los servicios de Urgencias y de atención de Medicina Familiar de primera vez. Esta doble carga de morbilidad, resultado de una transición epidemiológica donde persisten las enfermedades infecciosas, aunado a que se presentan los problemas de una población envejecida, compiten por los recursos de atención de los servicios de salud y causan un deterioro, gradual pero importante, en la estructura financiera del IMSS.

Como se mencionó en el Informe del año pasado, el matiz introducido por la actual Administración al diagnóstico de la situación del Instituto es asumir que también son los factores internos los que han influido en este deterioro. Los más importantes han sido el crecimiento del costo de la nómina del Régimen de Jubilaciones y Pensiones (RJP), el gasto administrativo y la gestión ineficiente de servicios e infraestructura médica.

Debido a este deterioro financiero, el IMSS presentó un déficit de caja que creció de cerca de 200 millones de pesos en el 2007 a más de 24 mil millones de pesos en 2012, lo cual le daba al Instituto dos años de reservas que se agotarían en 2014. Debido a esto, para subsanar la delicada situación financiera, la presente Administración desde su llegada se dio a la tarea de crear un plan de acción con metas a corto, mediano y largos plazos centrados en dos objetivos. El primero consiste en incrementar la calidad y calidez de los servicios y el segundo en sanear financieramente a la institución. A primera vista estos objetivos parecerían contradictorios, ya que para mejorar la calidad y calidez de los servicios se podría pensar en destinar mayores recursos. Sin embargo, estos dos objetivos se pueden conciliar a través de las siguientes estrategias:

- i) Mejorar la productividad y eficiencia de los servicios prestados.
- ii) Fortalecer la transparencia en todos los procesos del Instituto.
- iii) Fomentar el cumplimiento de las obligaciones de todos los actores.

Estas estrategias nos han permitido enfrentar los retos en el corto plazo y consolidar las finanzas del Instituto. Sin embargo, es necesario institucionalizar los logros alcanzados y volverlos sustentables en el mediano y largo plazos. Para ello, se implementó un plan de transformación basado en tres pilares:

El primer pilar es la simplificación, digitalización y cumplimiento de obligaciones

que existen en el Instituto. La manera más fácil de mejorar los servicios y al mismo tiempo sanear financieramente a la institución es mediante la simplificación y eliminación de trámites acompañado de un uso intensivo de las Tecnologías de la Información y Comunicaciones (TIC). Este primer pilar ha sido implementado de manera exitosa y las medidas que se describen a lo largo de este Informe muestran el impacto que esta transformación ha tenido para el Instituto y en la calidad de servicios para los derechohabientes.

El segundo pilar es fortalecer la transparencia

en todas las compras que realiza el IMSS. Los mecanismos creados por el Instituto para hacer más transparente y eficiente su diario actuar han logrado establecer un mejor control sobre el ejercicio del gasto y una mayor competencia en los procesos de licitación. Al ser el segundo mayor comprador de bienes y servicios en el país, tiene la capacidad para incrementar el poder de compra de manera transparente, obteniendo mejores condiciones de precios y optimizando el uso de los recursos.

¹³¹ El indicador AVISA (Años de Vida Saludables Perdidos Ajustados por Discapacidad) desarrollado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) integra los años de vida perdidos por muerte prematura más los años vividos con la discapacidad ocasionada por la enfermedad en el periodo que ésta dure. Ver Capítulo V para más detalles.

El tercer pilar consiste en mejorar los servicios médicos. Los servicios médicos son la razón de ser del IMSS, constituyen 80% del presupuesto de la institución y son el principal motivo de satisfacción de los derechohabientes. El modelo de atención médico del IMSS se creó hace 70 años cuando el perfil demográfico y epidemiológico de los derechohabientes era distinto al que se tiene hoy en día en México. Debido a la creciente importancia de las enfermedades crónicas en población derechohabiente, para hacer sostenibles los resultados obtenidos en el corto plazo es necesario tomar medidas que incrementen el acceso a los servicios médicos, atiendan de mejor manera las necesidades de salud de los derechohabientes, hagan frente a las enfermedades crónico-degenerativas y fortalezcan la excelencia médica del Instituto.

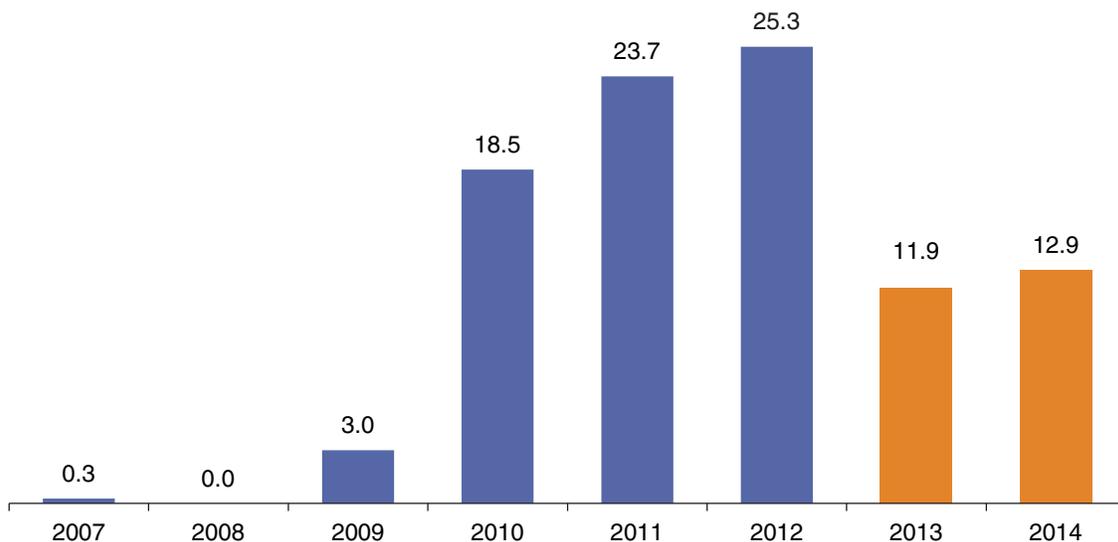
La puesta en marcha del plan de transformación del IMSS ha tenido resultados tangibles. Como se reportó en el Informe del año pasado, durante el primer año de administración se llevó a cabo un enorme esfuerzo de saneamiento financiero que se vio reflejado en una reducción del uso de reservas, pasando de

25 mil millones de pesos a 12 mil millones de pesos, es decir, 13 mil millones de pesos menos respecto al uso en 2012. Adicionalmente, al considerar los incrementos inerciales de la nómina del Régimen de Jubilaciones y Pensiones y del costo del incremento de los salarios de los trabajadores, el esfuerzo fiscal del 2013 ascendió a casi 20 mil millones de pesos.

En 2014, por segundo año consecutivo, se logró consolidar las finanzas del Instituto manteniendo el control en el uso de reservas. El uso de reservas fue de 12.9 mil millones de pesos de 2015 cumpliendo la meta de conservar el uso de reservas en alrededor de 12 mil millones de pesos (gráfica XII.1) absorbiendo también el incremento en el costo de la nómina y las pensiones del Régimen de Jubilaciones y Pensiones.

Los resultados obtenidos en estos dos primeros años no significan que las presiones financieras del Instituto estén resueltas; falta mucho por hacer y los retos en los próximos años siguen siendo enormes. Como se mencionó en el Informe del año pasado, la reducción de uso de reservas en 2013 logró poner al

Gráfica XII.1.
Uso de Reservas y Fondo Laboral
(miles de millones de pesos de 2015)



Fuente: Dirección de Finanzas, IMSS.

Instituto en un punto de inflexión que marcó el rumbo hacia un saneamiento de la situación financiera con mejoras en los servicios otorgados. 2014 fue un año de consolidación de los resultados obtenidos, ya que por segundo año consecutivo se redujo el uso de reservas a la mitad y se continuó con la mejora de servicios. El esfuerzo logrado en este periodo dará espacio fiscal para que en 2015 y lo que resta de la Administración, se pueda ampliar la infraestructura del Instituto y consolidar e institucionalizar mejoras en los servicios para lograr beneficios palpables en favor de los más de 70 millones de derechohabientes.

A continuación se describen las principales medidas que durante 2014 formaron los pilares del plan de transformación del Instituto y se enuncian las opciones de política hacia adelante. En la mayoría de los casos se hace referencia al capítulo correspondiente donde se explica cada una de estas acciones con más detalle.

Primer pilar: Simplificación, digitalización y cumplimiento de obligaciones

Cumplimiento de obligaciones

Como se mencionó en el capítulo II, en 2014, los ingresos propios del IMSS se incrementaron 4.4% anual en términos reales. Por dos años consecutivos, los ingresos propios del IMSS presentaron un comportamiento favorable¹³². Durante 2013, prácticamente se cumplió con la meta de la Ley de Ingresos de la Federación (LIF) pese a que, para la elaboración de la meta, se consideraron supuestos de crecimiento económico superiores a lo observado. De la misma manera, en 2014, a pesar de un entorno económico por debajo de lo esperado, lo recaudado en el IMSS alcanzó un monto de 305 mil millones de pesos superando la meta de la Ley de Ingresos de la Federación en 2 mil millones de pesos.

¹³² Los ingresos propios incluyen cuotas obrero-patronales, aportaciones del Gobierno Federal, capitales constitutivos, derivados de cuotas, aportaciones de trabajadores al fondo de jubilación, intereses del Régimen Obligatorio y otros. Excluye ingresos por uso de reservas.

Esta recaudación, fue superior en 22 mil millones de pesos a lo recaudado en 2013, lo cual representó un aumento de 4.4% en términos reales y 8.1% en términos nominales.

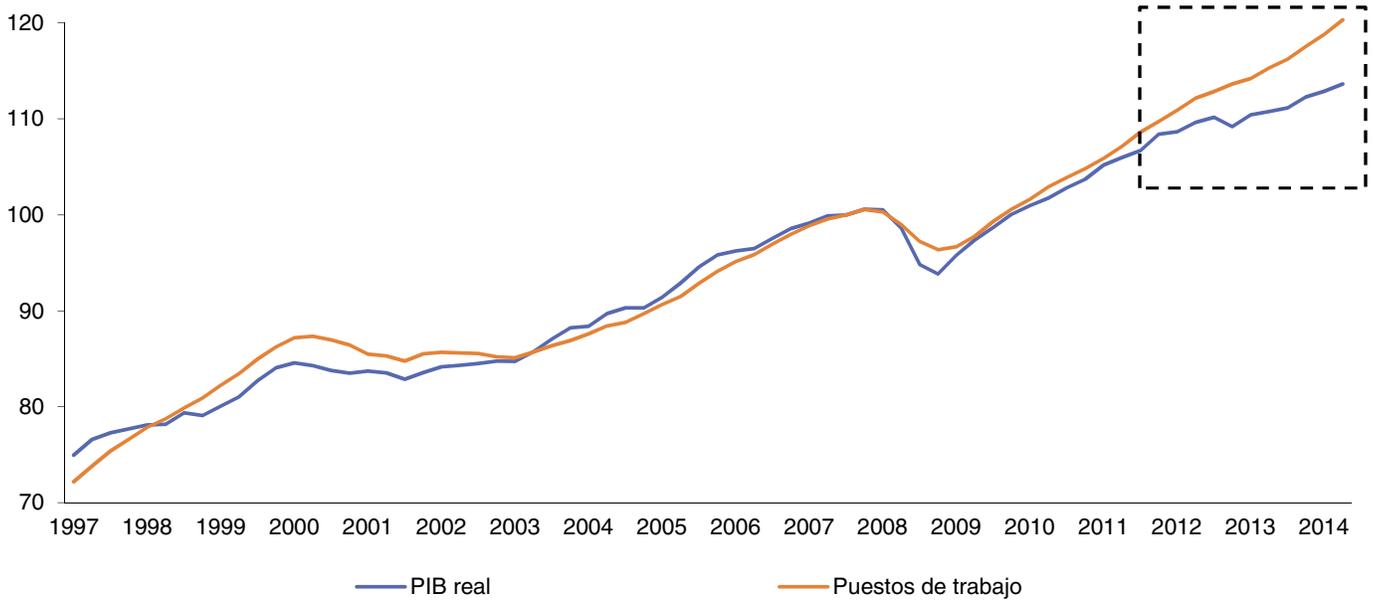
Esta situación favorable en la recaudación del Instituto es producto de diversos factores: i) el acelerado proceso de formalización del empleo; ii) la implementación de un nuevo modelo de fiscalización, y iii) la simplificación y digitalización de trámites en materia de afiliación y recaudación.

i) Formalización del empleo. En México, tradicionalmente, la relación entre la creación de empleos formales y el crecimiento económico era uno a uno. Sin embargo, a partir del año 2013 esta brecha empleo-producto se amplió significativamente. Por segundo año consecutivo la afiliación al IMSS creció al doble de velocidad que la economía, lo que evidencia un proceso de formalización del empleo sin precedente (gráficas XII.2 y XII.3).

En 2013, la creación de empleos formales en el IMSS fue de más de 463 mil puestos, una tasa de 2.9%, mientras que la economía creció a 1.4%. Durante 2014, se generaron poco más de 714 mil empleos formales, una tasa de 4.3%, mientras que la economía creció a 2.1%. Más aún, la cifra de empleos formales creados en 2014 es histórica, es el segundo mayor aumento reportado desde 1997, sólo por debajo de la creación de 732 mil empleos formales observada en 2010, que fue un año de recuperación después de la crisis de 2009.

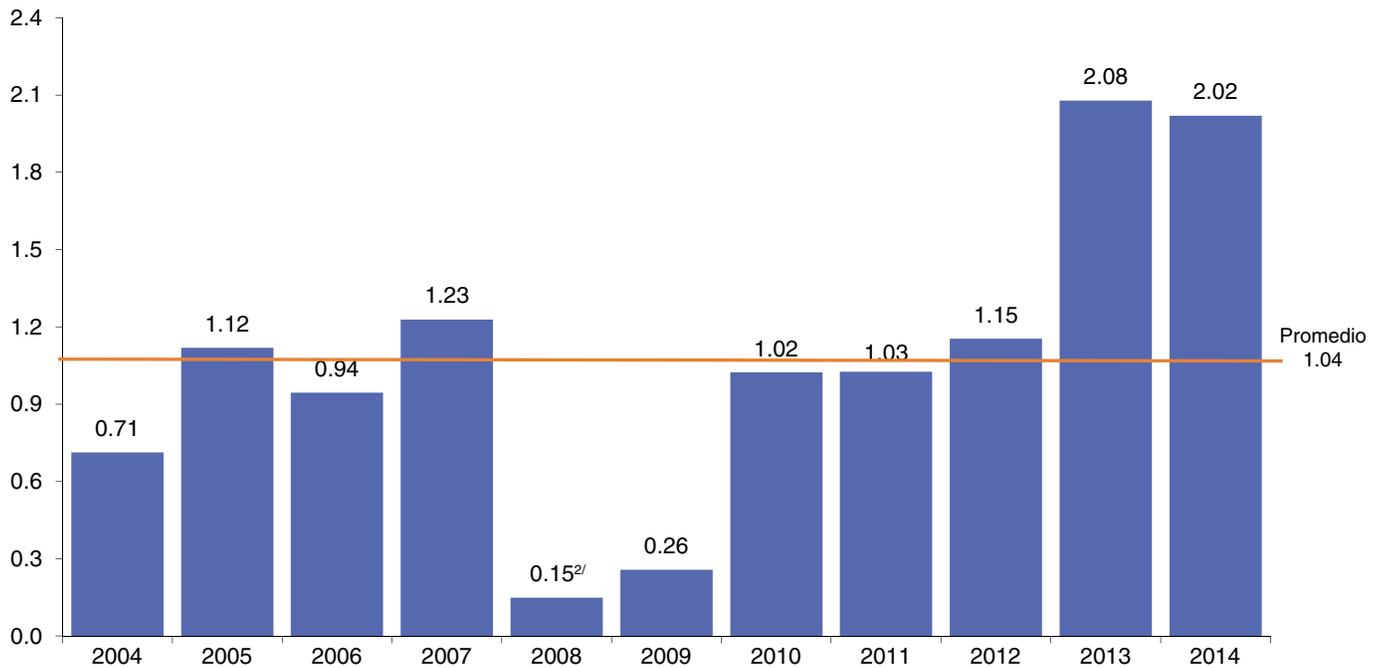
Los sectores que impulsaron la formalización son las industrias de la transformación y de la construcción. Esta creación de empleo formal se realizó primordialmente en plazas de tipo permanente y en la región del

Gráfica XII.2.
Producto Interno Bruto real y puestos de trabajo registrados en el IMSS, 1997-2014^{1/}
 (índice base 2008=100, cifras trimestrales)



^{1/} PIB: Producto Interno Bruto (base 2008) y puestos de trabajo refiere a cierre de trimestre, con cifras del tercer trimestre de 1997 al cuarto trimestre de 2014.
 Fuente: Dirección de Incorporación y Recaudación, y Unidad de Planeación Estratégica Institucional, IMSS.

Gráfica XII.3.
Elasticidad entre los puestos de trabajo registrados en el IMSS y el Producto Interno Bruto real, 2004-2014^{1/}



^{1/} La elasticidad empleo-producto se mide como la razón de la variación anual de diciembre de cada año del empleo en el IMSS y la variación anual promedio del Producto Interno Bruto (base 2008), con cifras del primer trimestre de 2003 al cuarto trimestre de 2014.

^{2/} Cifras en valores absolutos.

Fuente: Dirección de Incorporación y Recaudación, y Unidad de Planeación Estratégica Institucional, IMSS.

Bajo y las entidades fronterizas. En cuanto a los rangos salariales que presentaron mayor crecimiento porcentual son los asegurados de entre 6 y 8, y con más de 20 salarios mínimos. Asimismo, se observa que son las empresas grandes las que más han impulsado la formalización laboral. En los últimos dos años el crecimiento laboral fue impulsado por las empresas de más de 250 trabajadores. Estos hallazgos nos dan evidencia de un claro proceso de formalización de la economía en donde más trabajadores ahora cuentan con seguridad social en beneficio de sus familias.

ii) Nuevo Modelo de Fiscalización. En esta Administración se implementó un nuevo modelo de fiscalización que fortaleció la capacidad del Instituto en la generación de ingresos, promoviendo la formalización del empleo y la equidad en el financiamiento de la seguridad social.

Antes del inicio de la actual Administración, el Instituto operaba con un modelo de riesgos que contaba con importantes áreas de oportunidad tales como: i) la ausencia de acciones diferenciadas en función del tipo de patrón; ii) la realización de actos

de auditoría y cobro sin una debida planeación, sin expectativas de cobro y sin un análisis costo-beneficio; iii) la falta de indicadores y controles de operación para dar un seguimiento oportuno a la gestión y evaluar los resultados de los actos de fiscalización, y iv) la falta de cruces de información y colaboración con otras autoridades fiscales. Lo anterior dio lugar al desarrollo de un nuevo modelo integral de fiscalización atendiendo las principales áreas de oportunidad identificadas. Los principales componentes del nuevo modelo de fiscalización se describen en el cuadro XII.1.

La entrada en operación del nuevo modelo de atención institucional, con la creación de la Unidad de Servicios Estratégicos y la ejecución del nuevo modelo de fiscalización, ya rindió sus primeros resultados. En el 2013, se reportaron ingresos extraordinarios por fiscalización y cobranza de 11 mil millones de pesos, 12% más que lo ingresado en el 2012. En el 2014, esta recaudación fue de 12 mil millones de pesos, 5% superior al nivel alcanzado en el 2013. También se registró una mejoría en las acciones de fiscalización, recaudando más con menos actos. En el 2013, se llevaron a cabo cerca de 107 mil actos de fiscalización, recaudando 3,800 millones de pesos.

Cuadro XII.1.
Nuevo modelo integral de fiscalización

Diagnóstico	Nuevo modelo
Ausencia de acciones diferenciadas en función del tipo de patrón.	1. Se implementó un nuevo modelo de riesgos para la programación de las auditorías. 2. Se puso en marcha el procedimiento único para la generación de propuestas de fiscalización (AdPro).
Se realizan actos de auditoría y cobro sin conocer a las empresas y sin una expectativa de cobro.	3. Se implementó el Administrador de Consultas (AdCon). 4. Se inició la programación de casos de auditoría con montos presuntivos estimados.
Falta de indicadores y controles de operación.	5. Se han establecido mayores canales de cobro, que se adecuan al perfil de cada patrón, como son llamadas telefónicas, correos electrónicos, mensajes de texto y cartas invitación.
Falta de cruces de información y colaboración con otras autoridades fiscales.	6. Se implantaron 12 indicadores de gestión que miden los procesos de cobro y fiscalización punta a punta, con alertas y reportes automáticos. 7. Se llevan a cabo cruces de información con otras autoridades fiscales.
	8. Se crea un área especializada en grandes patrones.

Fuente: Dirección de Incorporación y Recaudación, IMSS.

Durante 2014 se realizaron poco más de 86 mil actos con una recaudación mayor de 4,300 millones de pesos.

En 2013 se llevaron a cabo 2 millones de actos de cobro, con una recaudación de 7,700 millones de pesos; mientras que en el 2014 se realizaron alrededor de 2.8 millones de estos actos, con una recaudación de 7,800 millones de pesos.

Como complemento de todo lo anterior, y derivado del éxito del programa “Peso por Peso” que se detalló en el Informe anterior, **en el 2014 arrancó un programa denominado “Estímulo al Ingreso”** en el cual las delegaciones que generaron una recaudación por encima de la meta de la Ley de Ingresos de la Federación fueron premiadas con un estímulo monetario. El financiamiento del programa proviene del superávit generado en ingresos, lo que permite alinear los incentivos: por un lado, se promueve la recaudación eficiente a nivel delegacional y, por el otro, la mejora del equipamiento y la imagen para dar un mejor servicio a los derechohabientes. El superávit en ingresos alcanzado en el 2014 fue de alrededor de 2,300 millones de pesos, y el premio de “Estímulo al Ingreso” fue de 100 millones de pesos a nivel nacional, repartido en 24 delegaciones premiadas.

Aunado a lo anterior, y con absoluto respeto de los tiempos y procesos legislativos, se hace mención a una reforma legislativa cuya aprobación podría contribuir a fortalecer la situación financiera del Instituto. En abril de 2013 fue aprobada en la Cámara de Diputados una iniciativa presentada por el Partido Revolucionario Institucional, con el objeto de reformar el Artículo 27 y derogar el Artículo 32 de la Ley del Seguro Social, la cual se encuentra pendiente de dictaminación y aprobación por parte de la Cámara de Senadores. Esta reforma propone homologar las exenciones de los conceptos que se señalan en el Artículo 27 de la Ley del Seguro Social con aquellas previstas en la Ley del Impuesto sobre la Renta para los trabajadores.

De aprobarse esta reforma, serán comparables las prestaciones que se integran al salario base de cotización (SBC) y la base gravable del Impuesto Sobre la Renta de los trabajadores. Los principales beneficiados por la aprobación de esta reforma serían los trabajadores, ya que se fortalecerían las aportaciones en sus cuentas individuales de ahorro para el retiro y vivienda, permitiéndoles gozar de mejores condiciones al momento de su retiro. Se estima que, de aprobarse, se podrían generar recursos adicionales al IMSS por alrededor de 3 mil millones de pesos, los cuales, como se establece en el Artículo Cuarto Transitorio de la minuta aprobada por la Cámara de Diputados, se destinarían en su totalidad a financiamiento de infraestructura y para atención en los servicios médicos del Instituto.

La aprobación de la reforma constituiría una base sólida para establecer un amplio programa que mejoraría la fiscalización que lleva a cabo el IMSS, el cual incluiría el intercambio de información con otras autoridades fiscales.

iii) Simplificación y digitalización. En el IMSS se ha llevado a cabo el más ambicioso programa de desregulación, simplificación y digitalización de los últimos años a través de la estrategia IMSS Digital. Este programa tiene el objetivo de disminuir los tiempos y costos que los ciudadanos invierten en realizar trámites. Esta es la manera más sencilla de mejorar los servicios a los derechohabientes y simultáneamente sanear financieramente al IMSS. La meta del programa es mejorar el servicio otorgado a los derechohabientes y empresas, al tiempo que se generan ahorros directos e indirectos para el Instituto y para el país. El impacto en ahorros que ha tenido este programa para el Instituto ha sido muy importante y, mejor aún, se ha reflejado en los niveles de satisfacción del derechohabiente.

El área de Afiliación y Recaudación del IMSS ha sido punta de lanza en este proceso. En el 2013

se redujo en más de la mitad el número de trámites registrados ante la Comisión Federal de Mejora Regulatoria (COFEMER), pasando de 56 a 25 trámites. En el 2014, se digitalizaron 10 de estos 25 trámites de afiliación y recaudación, de alto impacto, que realizan los derechohabientes más de 15 millones de veces al año. El objetivo final es que los derechohabientes no tengan que acudir de manera presencial a las oficinas del IMSS y que los realicen por Internet. Este proceso es detallado en el Capítulo II (cuadro XII.2).

Entre 2014 y 2015 el Centro de Contacto y el portal de Internet han atendido 22 millones de eventos no presenciales, de los cuales 6.4 millones corresponden a la atención telefónica y 15.6 millones corresponden a Internet incluyendo el Sistema de Pago Referenciado (SIPARE).

De estos trámites digitalizados destaca por su impacto en los derechohabientes, el servicio de Asignación o Localización del Número de Seguridad Social, que anteriormente exigía la visita de los derechohabientes a una Subdelegación del IMSS en al menos una ocasión y la resolución del trámite podía tomar hasta 4 horas, y actualmente puede realizarse completamente en línea y en pocos minutos. Desde

que se liberó este trámite en el portal IMSS Digital en enero de 2014 y hasta abril de 2015, se ha realizado más de 6 millones de veces, 70% por Internet y 30% por ventanilla. Por su impacto en los patrones, destaca el servicio de obtención de Comprobantes Fiscales Digitales correspondiente al pago de cuotas obrero-patronales, sin el cual los pagos no son deducibles para el impuesto sobre la renta. Desde la liberación de este trámite, al 30 de abril de 2015, se han expedido más de 13 millones de comprobantes fiscales digitales.

La simplificación digital y el mayor uso de Internet al realizar trámites relacionados con el Número de Seguro Social en las delegaciones han permitido triplicar la atención en ventanilla; al ser un trámite más sencillo que se puede hacer en línea, se realiza más rápido y se pueden atender a más derechohabientes. Anteriormente, cada día se atendía a alrededor de 5 mil personas, y actualmente se atiende a 19 mil personas.

Otro trámite que a finales del año pasado se liberó en su versión digital es el de actualización de datos del derechohabiente, dentro del cual destacan el registro de asegurados y pensionados en clínica y el cambio de clínica, que en conjunto se efectúan más de 6 millones de veces al año. Recientemente se liberó

Cuadro XII.2.
Digitalización de trámites de alto impacto, 2014

Trámite	Realizado al año (millones de veces)
1 Actualización de datos de derechohabientes	8.40
2 Asignación o localización del número de seguridad social	3.36
3 Consulta de semanas cotizadas	2.16
4 Contratación de seguros voluntarios e incorporación voluntaria ^{1/}	0.48
5 Alta patronal de persona física	0.12
6 Consulta de vigencia de derechos	} 0.25
7 Alta patronal de persona moral	
8 Consulta del estado de adeudo	
9 Correcciones patronales	
10 Movimientos patronales	
Total de visitas anuales	14.8

^{1/} Refiere al Régimen de Incorporación al Seguro Social (RISS).
Fuente: Dirección de Innovación y Desarrollo Tecnológico, IMSS.

esta aplicación para que los derechohabientes puedan efectuar el trámite exclusivamente con su Clave Única de Registro de Población (CURP) y sin necesidad de utilizar su Firma Electrónica Avanzada (FIEL), a fin de hacerlo de manera sencilla. Se espera que con esta medida empiecen a registrarse menos visitas en las clínicas y que el personal del IMSS pueda dedicarse a atender mejor y de manera más expedita a los otros derechohabientes.

La puesta en marcha del Sistema de Pago Referenciado (SIPARE) a mediados de 2013 ha tenido un gran impacto. Antes, el pago de las cuotas obrero-patronales se hacía principalmente en el banco, de manera presencial, con la presentación de un disquete o, en el mejor de los casos, con una USB. Ahora, gracias al SIPARE, se ha agilizado el pago de contribuciones en línea mediante la implementación de líneas de captura referenciadas. Al cierre del 2013, se contaba con poco más de 300 mil patrones inscritos en el SIPARE. Actualmente se cuenta con 640 mil de los 860 mil patrones, que han realizado más de 12.4 millones de transacciones de cuotas obrero-patronales por un monto superior a 243 mil millones de pesos, y más importante aún, 90% de lo que recauda el Instituto por cuotas obrero-patronales ya se realiza a través de Internet. Para el Instituto esto ha representado ahorros en comisiones bancarias, papel y correo por 170 millones de pesos al año, recursos que se están destinando a mejorar la calidad y calidez de los servicios.

A partir de 2014 se dejaron de imprimir y enviar por correo 2.4 millones de facturas al año.

Hasta antes de 2013 se enviaban estas facturas a los patrones por mensajería de manera física a sus centros de trabajo. Esta reducción en impresión de facturas se tradujo en ahorros de papel, impresión y envío por mensajería. Los ahorros en papel equivalen a 80 millones de hojas, que apiladas igualan una distancia de 8 kilómetros. En el 2015 se continuará con la inhibición de la impresión y envío de facturas

en beneficio de los patrones, y del ahorro subsecuente para el IMSS al dejar de imprimirlas.

Por primera vez en la historia del Instituto, se puso a disposición de los derechohabientes una aplicación que les permite obtener en línea su constancia de vigencia de derechos frente al Instituto. Esta constancia contiene información de los datos generales del afiliado (nombres y apellidos, Número de Seguridad Social (NSS), Clave única de Registro de Población (CURP), género, fecha y lugar de nacimiento), datos de su aseguramiento (vigencia, clínica, consultorio y turno), datos del último patrón, así como una lista de sus beneficiarios y sus datos generales. El acreditar esta vigencia es importante, ya que es la puerta de entrada para recibir los servicios de seguridad social del Instituto. Anteriormente, este trámite se realizaba de manera presencial, requiriendo la intervención de varios servidores públicos. Actualmente, se puede realizar en línea, y debido a que esta constancia cuenta con cadena original, sello digital, secuencia notarial y número de serie, tiene validez oficial. Desde su liberación, en octubre de 2014, este trámite se ha realizado cerca de 1 millón de veces.

En lo que resta del 2015 se digitalizarán 7 trámites adicionales.

Una de las demandas más sensibles de los derechohabientes del IMSS ha sido la eliminación del pase de supervivencia presencial, que cada uno de los 3.5 millones de pensionados tiene que realizar dos veces al año como requisito para que se le siga pagando su pensión. Este año se ha trabajado en diversos mecanismos para que el IMSS tenga la información necesaria de sus pensionados, con lo que en fechas próximas se podrá eliminar el proceso de supervivencia presencial, en beneficio de los pensionados del IMSS, la mayor parte de los adultos mayores, evitando más de 6.2 millones de visitas a las ventanillas del IMSS cada año. Adicionalmente, se hará la implementación de la constancia digital para desempleo, que se realiza 1 millón de veces al año. El cuadro XII.3 muestra los trámites a digitalizar durante el 2015.

Cuadro XII.3.
Trámites de alto impacto a digitalizar y/o simplificar, 2015

Trámite	Realizado al año (millones de veces)
1 Comprobación de supervivencia para pensionados	6.2
2 Constancia para desempleo	1.0
3 Seguro de Salud para la Familia	
4 Corrección de datos de asegurados	
5 Continuación voluntaria en el Régimen Obligatorio	0.7
6 Incorporación voluntaria al Régimen Obligatorio trabajadores independientes	
7 Solicitud de pensión por cesantía en edad avanzada, vejez, incapacidad e invalidez	0.4
Total de visitas anuales	8.3

Fuente: Dirección de Innovación y Desarrollo Tecnológico, IMSS.

En lo que resta de la Administración, el objetivo es que cada vez menos derechohabientes acudan a las instalaciones del Instituto para realizar trámites.

Para ello, se continuará con la promoción de los nuevos servicios digitales, en especial aquellos que se realizan el mayor número de veces. Adicionalmente, se seguirá trabajando en la eliminación de trámites y procesos redundantes e innecesarios para que quienes tengan derecho a las prestaciones institucionales las reciban en forma ágil y expedita, con el menor número posible de visitas a las ventanillas. La difusión de los trámites y procesos eliminados, simplificados y digitalizados, se hará desde la página de Internet del IMSS, donde de una manera fácil y rápida el derechohabiente podrá acceder al trámite deseado. Estas mejoras de simplificación han beneficiado a millones de personas y al igual que las otras medidas mencionadas, son muestra de que es posible mejorar la calidad y calidez de nuestros servicios y contribuir al saneamiento financiero del Instituto, acercando sus servicios a millones de mexicanos.

Segundo pilar: Transparencia

El segundo pilar del plan estratégico de transformación fue el aumento en la transparencia en el ejercicio del gasto que realiza el Instituto, con mecanismos más eficientes, competitivos

y participativos. El IMSS, al ser el segundo mayor comprador de bienes y servicios en el país, debe aumentar la transparencia en todos sus procesos de compra con el objetivo de generar ahorros y liberar recursos que podrán utilizarse para mejorar los servicios otorgados a los derechohabientes.

Transparencia en servicios auxiliares a los servicios médicos

Algunas muestras de mejoras en transparencia son los programas que se han realizado en los servicios auxiliares a los servicios médicos. Por ejemplo, para incrementar la transparencia en los servicios de terapia sustitutiva renal y en laboratorio clínico, el Instituto llevó a cabo dos programas.

El primero fue el servicio de censo confiable de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica (IRC), para ser utilizado por las unidades médicas que administran los tratamientos de hemodiálisis. A la par, se desarrolló el servicio de verificación de identidad a través de biométricos, con lo cual se proyecta mejorar la administración del gasto. En 2014, este censo se consolidó con una depuración de cerca de 18 mil registros que resultó en una reducción de 76 mil pacientes con terapia de sustitución renal en 2012 a 58 mil pacientes al cierre de 2014 (15 mil en diálisis

peritoneal automatizada, 19 mil en diálisis peritoneal continua ambulatoria, 24 mil en hemodiálisis. El censo es ahora una herramienta confiable de control en el otorgamiento de terapias sustitutivas renales a pacientes y al mismo tiempo se facilita el registro de pacientes con insuficiencia renal ante el Centro Nacional de Trasplantes.

El segundo, fue el Consenso Nacional de Laboratorios Clínicos Institucionales, realizado en 2014 con el objetivo de conocer las causas —no clínicas— del incremento en el número de estudios. Es decir, se buscó identificar el motivo por el cual se duplicaban estudios de laboratorio. Como resultado del Consenso se revirtió el incremento en el número de estudios no necesarios y en 2014 se logró, por segundo año consecutivo, reducir el número de estudios anuales sin detrimento de la calidad de la atención médica, obteniéndose un ahorro de 230 millones de pesos equivalente a 6.5% del gasto en este rubro.

Otro aspecto interesante ha sido el arrendamiento de vehículos. Históricamente, el IMSS compraba su flota vehicular, lo que implicaba altos costos de operación, aseguramiento, mantenimiento, etcétera. Como se informó el año pasado, en 2013 se arrendaron, por primera vez, 197 vehículos para el servicio administrativo, con lo que han obtenido ahorros por cerca de 18 millones de pesos. En el 2014 el esquema de arrendamiento se amplió al servicio de ambulancias. En 2014 se elaboró un plan de sustitución de 300 ambulancias propias por arrendadas, que permite ofrecer a los derechohabientes y sus acompañantes mejores condiciones de seguridad, comodidad, oportunidad y calidad en el servicio. El esquema de arrendamiento, que se elaboró en base a un innovador análisis costo-beneficio y la participación de un testigo social, además de reducir los gastos de operación, fortaleció la transparencia del proceso de contratación. La recepción de las nuevas ambulancias para sustitución de las más viejas se está llevando a cabo desde el mes de mayo y en los siguientes meses se implementará una segunda etapa de arrendamiento,

para convertir esta modalidad en un programa regular de renovación del parque vehicular del Instituto.

Transparencia en servicios tecnológicos

Gracias a un drástico cambio en la visión tecnológica del Instituto, se deja atrás el modelo de tecnología de autoconsumo para cambiarlo por uno bajo demanda, a través de la contratación de servicios tercerizados especializados de tecnología. Se tienen resultados concretos como el nuevo modelo de red de telecomunicaciones, posible gracias a la implementación de un Punto Neutro que permite conectar servicios de múltiples proveedores y múltiples tecnologías como si fueran proporcionados por uno solo. Es así que, desde 2013 el IMSS cuenta con una red híbrida única en su tipo, 12 veces más rápida y 82% más barata por *megabit* transferido con respecto a la red anterior.

Otro de los resultados del cambio en la manera de hacer tecnología, es la habilitación del Centro de Datos y Plan de Recuperación de Desastres, a través de un modelo de consumo de tecnología bajo demanda, es decir, servicios de acuerdo con las necesidades de la operación del Instituto. Este Centro de Datos ha permitido contar con tecnología de punta en infraestructura de cómputo y almacenamiento centralizado que libera al Instituto de la compra de equipamiento, contratación de personal especializado y construcción de obra civil. Así, el IMSS puede enfocar sus esfuerzos al diseño de soluciones tecnológicas que mejoren la calidad y calidez de sus servicios, dejando en manos de un tercero la responsabilidad de garantizar los niveles de operación y disponibilidad de los sistemas. Lo anterior se llevó a cabo mediante un contrato cuya razón costo-eficiencia es una de las mejores dentro de todo el Gobierno.

En esta misma lógica, destacan los servicios de impresión y fotocopiado de alto volumen contratado en 2015 que libera al Instituto de la compra, distribución y almacenamiento de tóner y papel, al mismo tiempo

que cuenta con equipos con tecnología de punta y altos niveles de servicio y disponibilidad. Esto resultará en un ahorro de 70% respecto al servicio anterior, equivalente a casi 200 millones de pesos. Con este nuevo contrato se dejarán de imprimir 300 millones de hojas que equivalen a 30 kilómetros.

Transparencia en el surtimiento y abasto de medicamentos

Recibir los medicamentos necesarios de manera oportuna es uno de los temas más sensibles para los derechohabientes, ya que les permite enfrentar la emergencia, atender el cuidado propio o de un ser querido, sin mermar sus ingresos. Por ello, esta Administración se dio a la tarea de diseñar e implementar una estrategia integral de abasto que atendiera todo el proceso de compra y abasto de medicamentos de la manera más costo-efectiva.

La estrategia integral de abasto comenzó el año pasado eliminando las compras emergentes y buscando el nivel de inventario óptimo —que maximiza el abasto y al mismo tiempo minimiza el inventario para evitar merma y expiración de medicamentos—, lo cual permitió tener ahorros para el Instituto por 1,500 millones de pesos.

Por segundo año consecutivo, el IMSS lideró para 2015 la compra consolidada de medicamentos más grande en la historia del Sector Público del país que contó con 42 participantes y ascendió a cerca de 51,000 millones de pesos. Se obtuvieron ahorros respecto de los precios obtenidos el año anterior por cerca de 4,600 millones de pesos, que sumados a los ahorros de la compra de 2013 representan un ahorro total de casi 8,300 millones de pesos para todos los participantes durante la presente Administración. Para el IMSS, los ahorros de la compra consolidada de este año fueron de cerca de 2,500 millones de pesos, que con los 2,000 millones del año pasado suman 4,500 millones de pesos de ahorro por esta estrategia.

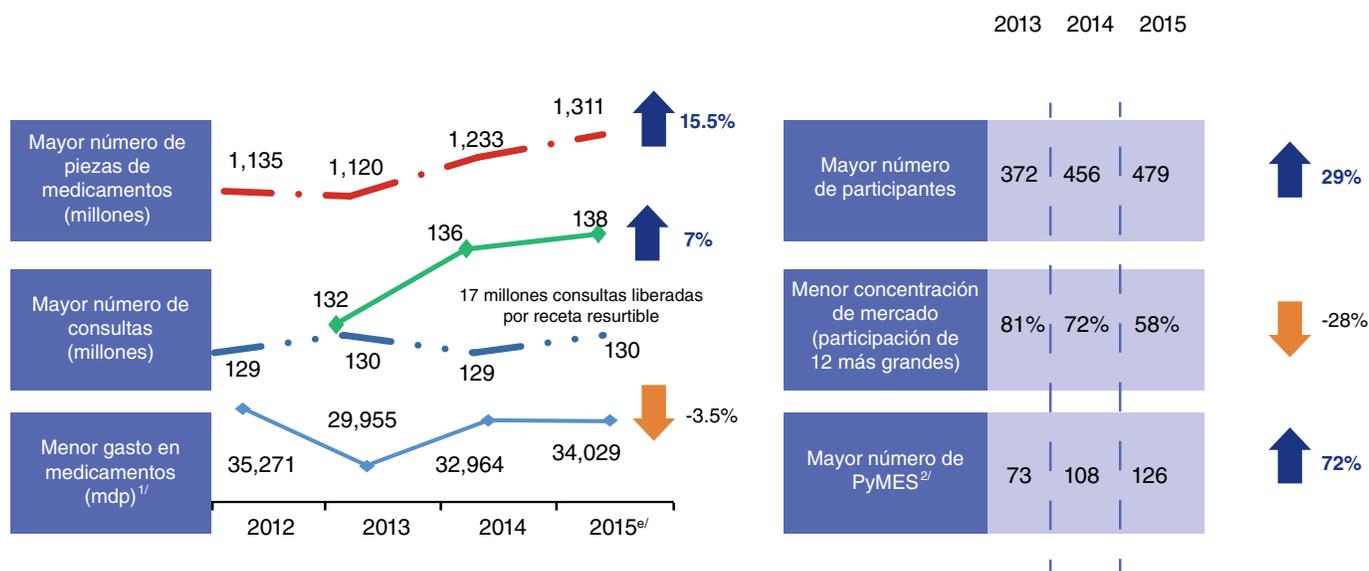
En conjunto con la Comisión Federal de Competencia se introdujeron varias medidas para fomentar una mayor competencia: el aumento de las claves licitadas bajo la modalidad de Ofertas Subsecuentes de Descuento (OSD o en reversa), las que se asignaron bajo el criterio de 80/20 al primer y segundo lugares, y acotar a 4 el número de marcas que un solo distribuidor puede representar. Con la aplicación de estas medidas se logró: i) aumentar el número de participantes de 372 en 2013 a 479 en 2015; ii) disminuir la concentración de mercado (la participación de las 12 participantes más grandes) de 81% en 2013 a 58% en 2015, y iii) aumentar el número de Pequeñas y Medianas Empresas de 73 en 2013 a 126 en 2015.

Más allá de los ahorros, lo más importante es la mejora en el abasto de medicamentos: i) se aumentó el número de piezas de medicamentos de 1,120 millones en 2013 a 1,311 millones en 2015; ii) gracias al programa de Receta Resurtible, se incrementó el número de consultas de 130 millones en 2013 a 136 millones en 2014, y iii) se surtieron 176 millones de recetas en 2014, 2% más que en 2013 con una prescripción promedio de 5 medicamentos por receta. Todo lo anterior con una reducción en el gasto de medicamentos de 4% en términos reales (gráfica XII.4).

En los siguientes procesos de compra se aplicarán los mismos estándares de transparencia, competencia y efectividad que en la compra consolidada. Con base en la experiencia generada y el análisis de los resultados obtenidos en los años anteriores, para la compra consolidada de medicamentos a realizarse en el último trimestre de 2015, el Instituto pondrá todos sus esfuerzos para mejorar los procedimientos e incrementar la participación de las entidades federales y estatales; impulsar más la competencia entre los participantes; promover una mayor efectividad del abasto en las farmacias; continuar con los esquemas de abasto como “consumo en demanda” para las claves

Gráfica XII.4.

Logros de la compra consolidada para vacunas, medicamentos y material de curación, 2014



^{1/} Millones de pesos.

^{2/} El número de las pequeñas y medianas empresas (PyMES) adjudicadas en cada año del periodo 2012-2014 no es adicional al número de empresas, sino un subconjunto de éste.

^{e/} Estimado.

Fuente: Dirección de Administración, IMSS.

de producto de mayor consumo¹³³ y la entrega directa de la proveeduría a la farmacia para los medicamentos de alto costo.

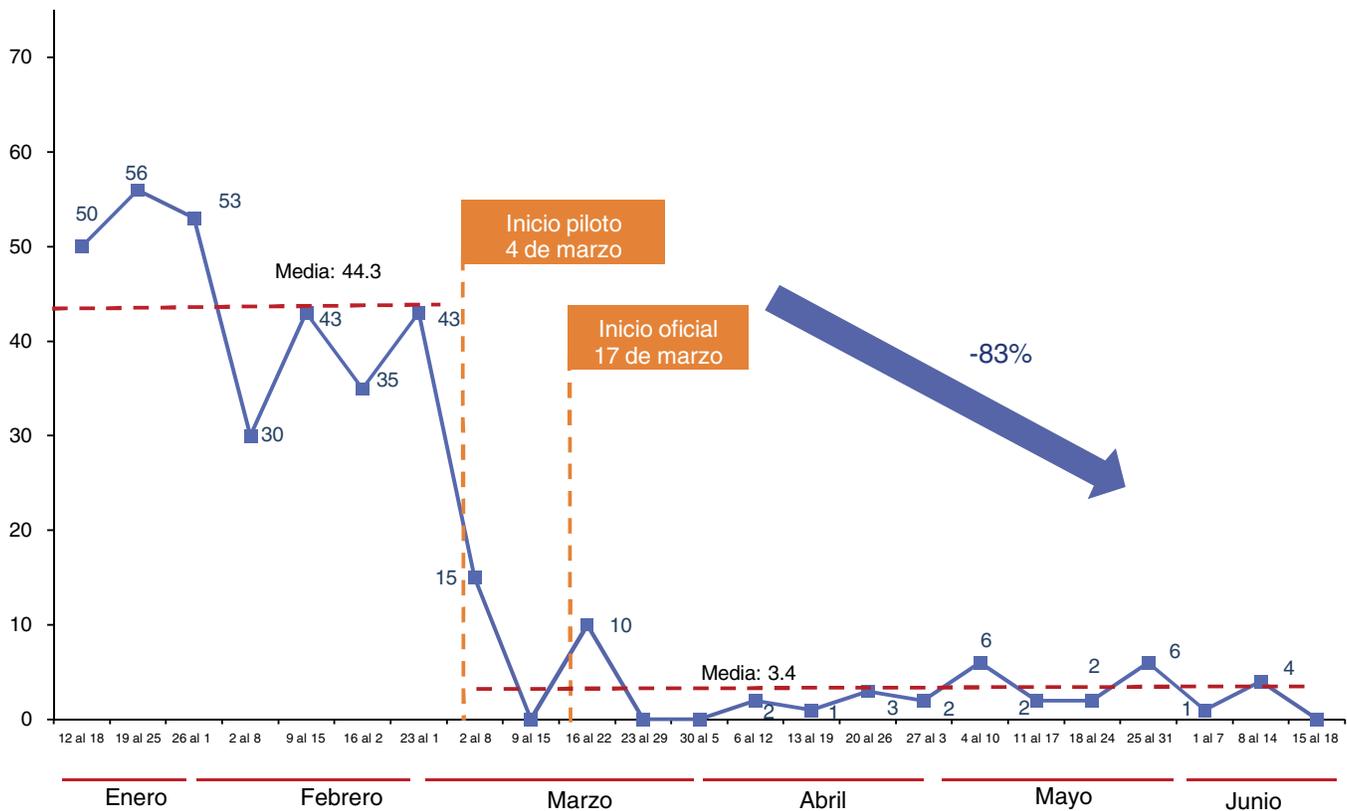
Actualmente, el IMSS se encuentra en el proceso de diseño de las bases para la licitación de servicios integrales como las diálisis, hemodiálisis, laboratorio y cirugías de mínima invasión, entre otros. En estas licitaciones se buscará replicar las lecciones exitosas de la compra consolidada de medicamentos en materia de transparencia, participación y competencia con lo que se espera obtener mejores condiciones de precio, calidad y oportunidad para el Instituto y sus derechohabientes.

Para hacer de esta estrategia de abasto una estrategia integral, en marzo de este año se puso en marcha el Programa de Vales de Medicamentos, que se detalla en el Capítulo XI, y que consiste en que

cuando algún medicamento no está disponible en la farmacia de la Unidad de Medicina Familiar que le corresponde al derechohabiente, su receta es activada como un vale electrónico que puede canjear por sus medicinas el mismo día, en cualquiera de las farmacias de las unidades del IMSS en el Distrito Federal o en el Centro de Canje de Medicamentos que se habilitó especialmente para este fin. **Este programa, que se encuentra en una etapa piloto en el Distrito Federal, ha sido un éxito:** El uso de la receta electrónica pasó de 70% a 96%; Diariamente en el Distrito Federal se reparten cerca de 200,000 medicamentos y se emiten entre 300 y 400 vales, es decir, se están surtiendo 99.8% de los medicamentos recetados; gracias a ello, las quejas por desabasto en el Distrito Federal disminuyeron en 83% (gráfica XII.5).

¹³³ Este esquema consiste en la administración por parte del proveedor de los inventarios de los medicamentos de mayor consumo en los almacenes del Instituto; así, tanto el proveedor como el IMSS son responsables de mantener el inventario de dichos medicamentos en niveles óptimos para garantizar el abasto y disminuir el costo de mantenimiento de dichos insumos.

Gráfica XII.5.
Quejas por desabasto en el primer nivel de atención en el Distrito Federal
 (12 de enero al 18 de junio de 2015)



Fuente: Dirección de Administración, IMSS.

Fortalecimiento en la cobertura y transparencia en el otorgamiento del servicio de Guarderías

Como se detalla en el Capítulo VI, el IMSS tiene cerca de 1,400 guarderías que reciben diariamente a casi 200 mil niños. Este servicio permite a las madres incorporarse y/o permanecer en el mercado laboral sabiendo que cuentan con un lugar en el que sus hijas e hijos estarán seguros y bajo la atención y cuidados necesarios que faciliten su mejor desarrollo físico, cognitivo y afectivo-social en una de las etapas más importantes en el desarrollo de un ser humano.

En 2015, se ampliará la capacidad instalada de las guarderías para ofrecerles un mejor servicio a las madres trabajadoras y se optimizará el uso de la infraestructura actual. Por primera vez, esta ampliación será determinada mediante un análisis georreferenciado de oferta y demanda de

servicios asegurando el uso óptimo y eficiente de la infraestructura del IMSS. Además, también por primera ocasión, la selección de los proveedores de guarderías se hará a través de un proceso de licitación abierto y transparente siguiendo los lineamientos aplicados en la compra consolidada. Se licitarán 15 mil lugares de guardería en todo el país. Como requisito para participar se pidió un inmueble construido ex profeso para funcionar como guardería, lo cual permitirá que aquellas que se abran bajo este proceso tengan las mejores instalaciones privilegiando la seguridad y calidad de los inmuebles.

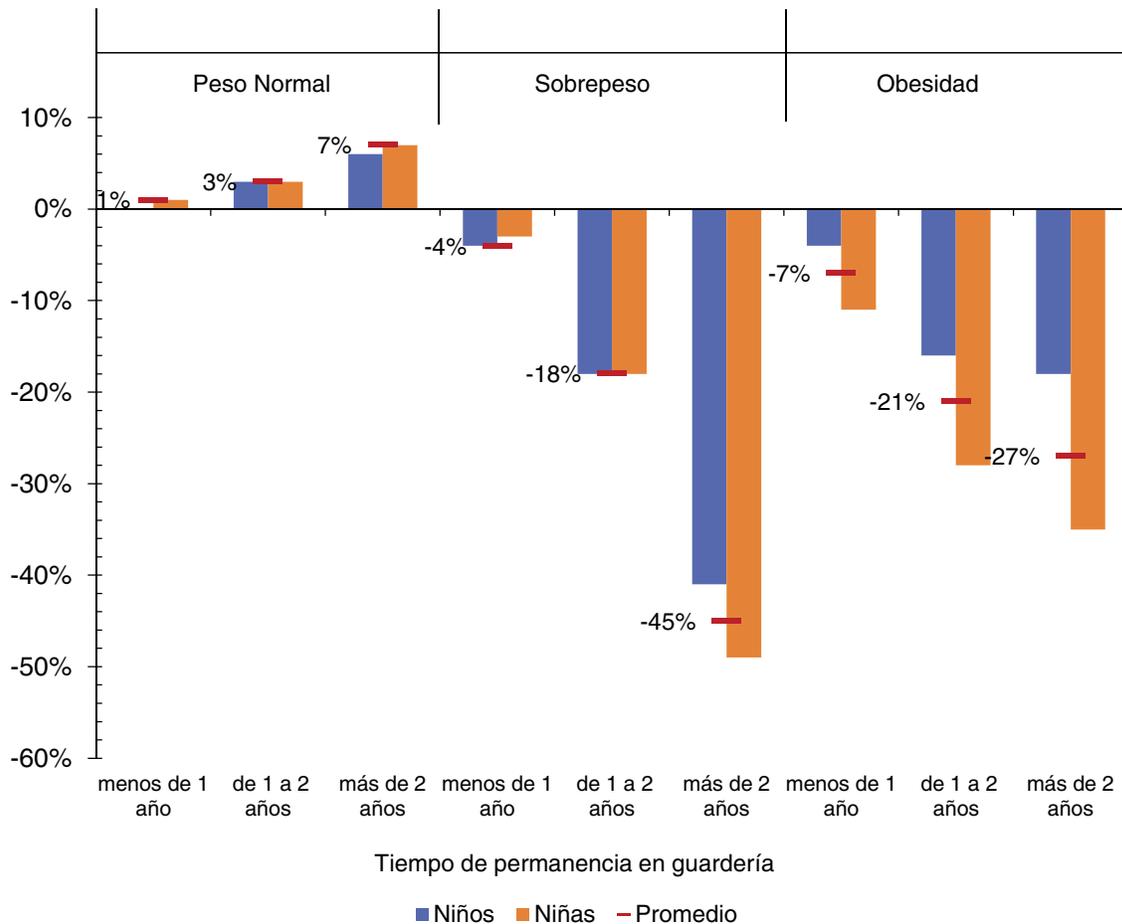
Además de ampliar su capacidad instalada, el IMSS tiene el reto de optimizar la actual, por lo que este año se llevarán a cabo al menos tres procesos de ampliación de infraestructura en las guarderías que tengan las mejores condiciones de atención y calidad de acuerdo con las evaluaciones que realiza el Instituto

y con los resultados de las encuestas de satisfacción. Adicionalmente, se implementará un novedoso programa de reorganización y aprovechamiento de todas las salas de atención de las guarderías. Con los programas de aprovechamiento de la capacidad instalada actual, se tiene la expectativa de incrementar el número de niñas y niños inscritos en al menos 5 mil.

Dada la importancia de la alimentación en edades tempranas, desde el 2013, se implementó un cambio en los regímenes alimenticios de las guarderías. Como resultado, se observó una disminución significativa

en el porcentaje de niños y niñas de 2 a 5 años en las categorías de sobrepeso y obesidad¹³⁴. De enero de 2013 a mayo de 2015, se observó que a medida que se incrementa el tiempo de permanencia en las guarderías, más niños y niñas migran de sobrepeso y obesidad a peso normal. En promedio, para el grupo de niños y niñas que asistieron menos de un año, el porcentaje que presenta sobrepeso se reduce en 4% y el de obesidad en 7%; cuando asistieron entre 1 y 2 años, estos porcentajes se reducen en 18% y 21%, respectivamente; y en 45% y 27% para los que han permanecido por más de 2 años (gráfica XII.6).

Gráfica XII.6.
Cambio por categoría de peso y tiempo de permanencia en guarderías, niñas y niños de 2 a 5 años
(enero 2013-mayo 2015)



Fuente: IMSS.

¹³⁴ Los regímenes alimentarios se estructuraron con base en la cantidad de calorías y calidad de la dieta, de acuerdo con la edad de los(las) niños(as); se incrementaron los menús de 20 a 30 días; se modificó la edad para el inicio de la alimentación complementaria pasando de los 4 a los 6 meses, y se promueve la lactancia materna, el consumo de alimentos naturales, la disminución de azúcares añadidos y de grasas saturadas.

Para continuar con estos esfuerzos, este año se llevará a cabo una reorganización al sistema de alimentación de las guarderías incrementando la variedad de menús y dando la posibilidad de combinarlos, con el objetivo de buscar una dieta correcta y dar mayor flexibilidad a los prestadores del servicio.

Con el propósito de garantizar la seguridad de los niños inscritos en guarderías, se continuará con el mecanismo de Participación Social, en el cual los padres de familia realizan visitas a las guarderías. A través de medios digitales se informará a los padres sobre el desarrollo integral de los niños, incluyendo información relacionada a la salud, cuidado y atención infantil, así como información sobre autocuidado y estimulación.

Todas las acciones descritas en este pilar tienen como objetivo refrendar el compromiso de la presente Administración con la transparencia en todos los procesos de compra de bienes y contratación de servicios. Hacia adelante, se buscará institucionalizar medidas que aseguren la transparencia en todos los procesos del IMSS para que ésta forme parte de la nueva cultura institucional.

Tercer pilar: Mejora de servicios médicos

Los servicios médicos son la razón de ser del Instituto, consumen cerca de 80% de su presupuesto. Además, la satisfacción que la población derechohabiente tiene con el Instituto está íntimamente relacionada con la satisfacción de estos servicios.

México, al igual que otros países en el mundo, está enfrentando dos grandes retos. El primero es que las enfermedades crónico-degenerativas no transmisibles son la carga más importante en términos de Años de Vida Saludables Perdidos Ajustados por Discapacidad, los principales motivos de Consulta Externa, e implican una mayor carga financiera para el Instituto. El segundo, es que al igual que los países en vías de desarrollo, las enfermedades infecciosas y los accidentes siguen

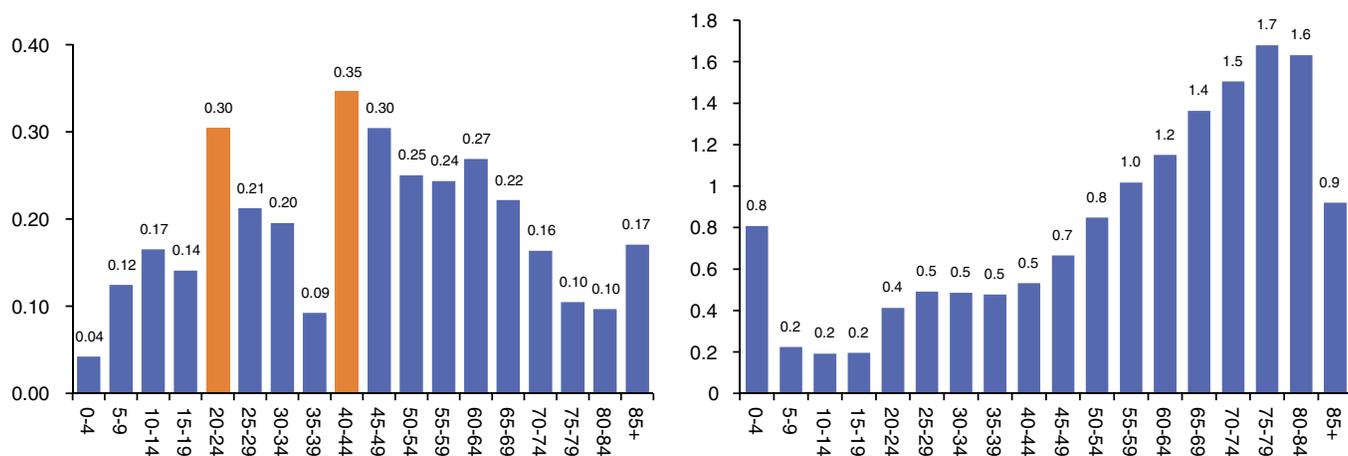
siendo el principal motivo de demanda de atención en los servicios de Urgencias y de atención de Medicina Familiar de primera vez. Esta doble carga de morbilidad, resultado de una transición epidemiológica donde persisten las enfermedades infecciosas, a la vez que se presentan los problemas de una población envejecida, compiten por los recursos de atención de los servicios de salud.

Para enfrentar los retos mencionados, la estrategia del área médica se ha centrado en tres frentes: **Primero**, medidas para mejorar la gestión de la atención e incrementar el acceso a través de mejoras en eficiencia y productividad en las unidades médicas del IMSS, así como aumentar la infraestructura del Instituto para atender al creciente número de derechohabientes. **Segundo**, para obtener mejores resultados en salud, es necesario fortalecer la prevención y establecer una estrategia frontal contra las enfermedades crónico-degenerativas para prevenirlas, disminuir sus complicaciones, evitar tratamientos prolongados y tardíos que afectan la calidad de vida de los pacientes y encarecen la economía del Instituto. **Tercero**, para poder tener una atención médica de calidad, es imperativo invertir en los recursos humanos del Instituto a través de capacitación continua, formación de personal médico e impulsos a la investigación, para así llevar al IMSS a la frontera del conocimiento médico. Estos tres frentes de acción se detallan en el Capítulo V. A continuación se enumeran los principales logros y estrategias.

Mejora de acceso y gestión de los servicios médicos del IMSS

Como se detalla en el Capítulo V, el crecimiento en el número de derechohabientes de los últimos años se concentra en los grupos de entre 20 y 24 años y de entre 40 y 44 años de edad. Estos grupos de jóvenes utilizan en menor medida los servicios del IMSS y, por consiguiente, le cuestan menos al Instituto (gráfica XII.7).

Gráfica XII.7.
Crecimiento ponderado de la población adscrita a médico familiar y perfil de gasto por grupo de edad, derechohabientes adscritos a unidad



Fuente: Dirección de Prestaciones Médicas y Dirección de Finanzas, IMSS.

El fenómeno de nuevos afiliados jóvenes al IMSS le da espacio a la institución para poder atender de mejor manera a los grupos de mayor edad que demandan más los servicios médicos. Sin embargo, para aumentar el acceso a estos servicios, se llevan a cabo dos estrategias: se está mejorando la productividad de los servicios médicos para dar mayor atención con los mismos recursos y, al mismo tiempo, se está emprendiendo un agresivo programa de inversión en infraestructura para poder hacer frente a la creciente demanda de servicios.

Aumento en producción de servicios

El saneamiento financiero del Instituto no se ha traducido en una reducción en servicios médicos, por el contrario, se ha mejorado la calidad y se ha ampliado la cobertura (cuadro XII.4).

Aumento en la productividad y eficiencia de los servicios médicos

Para aumentar el acceso a los servicios médicos con la infraestructura y recursos que se tienen actualmente, se ha puesto en marcha una serie de programas de mejora en la productividad de los servicios y eficiencia en los procesos médicos, tanto en clínicas de primer nivel como en hospitales. Estos programas están orientados a mejorar la calidad y calidez de los servicios médicos y sanear financieramente al Instituto.

El mejor ejemplo de un programa que cumple con ambos objetivos es el Programa de Receta Resurtible lanzado en agosto de 2013 en el primer nivel. Este programa tiene como finalidad optimizar el uso de la capacidad instalada en la consulta de Medicina Familiar, prescribiendo recetas resurtibles a pacientes con enfermedades crónicas controladas (incluye 10 enfermedades), favoreciendo el desahogo de los

Cuadro XII.4.
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
Prevención			
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 ^{1/} (Millones)		0.8	1.1
Detección cáncer cervicouterino ^{2/} (Millones)		2.8	3.1
Servicios Otorgados			
Consultas Unidades de Medicina Familiar en primer nivel de atención ^{3/} (Millones)		86.2	87.9
Consultas Especialidades en segundo y tercer nivel 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 ^{4/} (Miles)		1.89	2.41
Recetas totales atendidas (Millones)		150.7	175.0
Estudios laboratorio ^{5/} (Millones)		177.1	181.2
Radiodiagnóstico ^{5/} (Millones)		13.3	14.6
Auxiliares de diagnóstico ^{5/} (Millones)		9.5	10.5
Indicadores de desempeño y de impacto en salud		2009-2012	2013-2014
% de espera menor a 30 minutos para una consulta de Medicina Familiar		95.3	96.2
% de espera menor a 20 días para programación de Cirugía (segundo nivel)		91.0	92.3
% 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
Prevalencia de obesidad en niños de 5 a 9 años		12.8	12.1
Pacientes en control adecuado de diabetes mellitus ^{6/}		36.7	39.9
Pacientes en control adecuado de hipertensión ^{7/}		85.3	87
Razón de muerte materna por 100 mil nacidos vivos		30.4	28.2
Mortalidad perinatal (feto o recién nacido)		9.8	9.3
Mortalidad en menores de cinco años		2	1.9

^{1/} 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.

^{2/} 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.

^{3/} Incluye consultas dentales

^{4/} Incluye trasplante de riñón, córnea, corazón, hígado y células progenitoras hematopoyéticas.

^{5/} No incluye servicios subrogados.

^{6/} Control adecuado de diabetes: glucosa plasmática menor o igual a 130 mg/dl o Hb glucosilada menor o igual a 7.

^{7/} Control adecuado de hipertensión: presión arterial menor o igual a 140/90 mmHg

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).

servicios de Urgencias de primer y segundo niveles e impactando en la satisfacción de los derechohabientes. En 2014 se emitieron 3.3 millones de recetas resurtibles, las cuales liberaron 6.6 millones consultas, equivalente a haber construido casi 91 Unidades de Medicina Familiar¹³⁵. Debido al éxito de esta iniciativa, se incluirán 7 enfermedades adicionales durante el presente año. Además, en octubre de 2014, se implementó la Receta Resurtible en la Consulta de Especialidades del segundo y tercer niveles de atención, incluyendo como único padecimiento el VIH-SIDA, y en mayo de 2015 se incorporaron 18 enfermedades adicionales para incrementar el impacto y los beneficios del programa.

Otros programas de mejora de productividad que se han implementado en el último año se muestran en el cuadro XII.5.

Con estos programas se están mejorando los servicios médicos sin aumentar los gastos. A través de una mayor eficiencia y productividad de los recursos

humanos y materiales del Instituto se está haciendo más con lo mismo, obteniendo un impacto importante en la satisfacción de los derechohabientes.

Sin embargo, aun cuando se aproveche de mejor manera la infraestructura, es imperativo que el Instituto emprenda un agresivo programa de inversión, para que en los siguientes años se pueda hacer frente a la demanda de servicios médicos que los grupos de nuevos afiliados exigirán una vez que envejezcan.

Programa de inversión en Infraestructura

En 2015, se utilizará el espacio fiscal logrado en 2013 y 2014 para lanzar un programa de expansión de infraestructura, el cual se hará privilegiando el crecimiento financieramente sustentable y costo-efectivo. Para este propósito, se definió un nuevo modelo de unidad médica, el cual considera las necesidades de los derechohabientes, una mejor

Cuadro XII.5.
Programas de mejora de productividad implementados en 2015

Programas	Objetivos
Agendas de citas médicas	Reducir tiempo de espera para pacientes espontáneos y evitar visitas a Urgencias que pueden ser tratadas en el primer nivel.
Coordinación entre niveles de atención	Reducir tiempos de espera en primer nivel para pacientes que requieren consulta con médico especialista y mejorar la satisfacción de los pacientes.
Optimización de los servicios de Urgencias	Mejorar el funcionamiento del Triage realizándolo cuando los pacientes lleguen a Urgencias sin necesidad de solicitar trámites administrativos previos y enfocar recursos a los pacientes en estado crítico.
Programa de Gestión de Camas	Mejorar la coordinación entre el personal hospitalario y disminuir el tiempo que las camas permanecen vacías entre el egreso e ingreso de los pacientes. Esto tiene el fin de incrementar la capacidad de camas hospitalarias y la satisfacción del paciente.
Fortalecimiento de la productividad de las UMAA ^{1/}	Abatir el rezago quirúrgico en los hospitales, liberar horas quirúrgicas para cirugías urgentes y de mayor complejidad. Adicionalmente, este programa permite disminuir los costos de la atención médico-quirúrgica y de hospitalización.

^{1/} Unidad Médica de Atención Ambulatoria.
Fuente: IMSS.

¹³⁵ Se estiman 2 consultas liberadas por cada receta resurtible, 12,192 consultas por cada consultorio y 6 consultorios por cada Unidad de Medicina Familiar. Desde el inicio del programa, el 1° de agosto de 2013 hasta el 28 de diciembre de 2014, fueron 3'316,109. Fuente: Dirección de Innovación y Desarrollo Tecnológico, Boletín del Proyecto Estratégico de Receta Resurtible.

funcionalidad, calidad y eficiencia del inmueble. Además, a través de un análisis georreferenciado de la infraestructura del IMSS, de la demanda existente por servicios y de la productividad de los inmuebles actuales, se identificaron de manera priorizada los lugares que requieren nueva infraestructura y el tipo a desarrollar.

La expansión a considerar para el 2015 incluye la construcción de 28 nuevas Unidades de Medicina Familiar y la sustitución de otras 12 que se encuentran en malas condiciones o que se ubican en inmuebles rentados. Actualmente están en construcción 6 hospitales y 4 más se encuentran en proyecto. Asimismo, se prevé incorporar en el proyecto de presupuesto para el próximo año otros 4 hospitales bajo la modalidad de Asociaciones Público Privadas (APP), lo que asegura la viabilidad financiera y operativa de las unidades, a la vez que permite un crecimiento acelerado en la capacidad instalada (cuadro XII.6). Dichos modelos de financiamiento han resultado exitosos en otras partes del mundo, así como en la Secretaría de Salud, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y el Instituto

de Seguridad Social del Estado de México. Para este programa de inversión en infraestructura, en 2015 se tiene un presupuesto de poco más de 5,700 millones de pesos.

Mortalidad materna y mejora de la atención obstétrica

En el IMSS diariamente se atienden alrededor de 1,200 partos y la atención al embarazo, parto y puerperio es la principal causa de egreso hospitalario y el noveno motivo de consulta de Medicina Familiar. Es por esto que una de las principales líneas de acción del área médica es fortalecer la atención materno-infantil.

En los últimos años, la razón de muerte materna, definida como el número de muertes maternas por cada 100 mil nacidos vivos, ha disminuido en el Instituto llegando a 29.8 por debajo de la media nacional. A pesar de los esfuerzos en mejora de acceso y calidad en el IMSS, este indicador sigue por encima de la Meta del Milenio establecida en 22 muertes por 100 mil nacidos vivos y debido a influenza y dengue, hubo un mayor número de complicaciones obstétricas en el último año.

Para mejorar la salud de las madres y niños, el IMSS está trabajando en dos frentes. El primero es mejorar la prevención de embarazos adolescentes, los cuales presentan mayor riesgo obstétrico debido a atención prenatal tardía, apoyo familiar limitado y mayor exposición a factores de riesgo como consumo de alcohol, tabaco o drogas, entre otros. Del total de mujeres embarazadas en 2014, el porcentaje de embarazo adolescente se redujo de 12.3% en 2013 a 11.5% en 2014. Con el propósito de concientizar sobre la importancia de la prevención del embarazo en adolescentes, a través de la Fundación IMSS se lanzó la campaña “Es tu vida, Es tu futuro, Hazlo seguro”. Esta campaña subraya que el tener información completa y veraz, en términos de educación sexual, permite a los jóvenes de nuestro país tomar decisiones más

Cuadro XII.6.
Proyectos de inversión en obra, 2015-2018
(millones de pesos)

Tipo de obra	Proyectos	Monto aproximado 2015-2018
Hospitales		
Terminación 2015 (Colima y Reynosa)	2	2,474
En proceso	8	6,355
Asociaciones Público Privadas (APP) ^{1/}	4	5,081
Unidades de Medicina Familiar		
Nuevas	28	1,022
Sustitución	12	316
Ampliación y remodelación de Urgencias	28	1,053
Ampliación y remodelación de otras áreas	91	2,031
Total	173	18,332

^{1/} Asociaciones público privadas en proceso de evaluación.

Fuente: IMSS.

responsables y así tener más opciones para decidir su futuro. Además, el Programa IMSS-PROSPERA a través de sus 3,661 Centros de Atención Rural al Adolescente (CARA) ha lanzado la Campaña de Salud Sexual y Planificación Familiar en Adolescentes. Gracias a esta campaña, 67 mil jóvenes accedieron a un método anticonceptivo.

El segundo es el programa de disminución de muerte materna y perinatal, que incluye la expansión y fortalecimiento de los intercambios de servicios obstétricos entre instituciones que promueve una atención más oportuna y mejor de la mujer embarazada y ayuda a reducir la muerte materna. Con el Acuerdo 126 entre el IMSS e IMSS-PROSPERA se atendieron 1,363 embarazadas con alto riesgo de muerte en 2014¹³⁶, contribuyendo al descenso de la mortalidad materna en la población campesina e indígena más desprotegida. Con el propósito de contribuir a la integración del Sistema Nacional de Salud Universal, el Instituto participa con 95 hospitales del Régimen Obligatorio y 47 del Programa IMSS-PROSPERA, junto con la Secretaría de Salud y el ISSSTE, bajo el Convenio General de Colaboración Interinstitucional para la Atención de la Emergencia Obstétrica. Con este convenio se han atendido a más de 6 mil pacientes no derechohabientes de 2009 a 2014. Como parte de la expansión de intercambios interinstitucionales para mejorar la atención obstétrica, se continúa trabajando con la Secretaría de Salud y el ISSSTE para realizar

¹³⁶ Se han atendido 15,700 embarazadas con alto riesgo de muerte de 2006 a 2014.

intercambios de la atención prenatal, parto y puerperio mediante el Pase Universal.

Asegurar el futuro del IMSS al hacer frente al crecimiento de las enfermedades crónicas no transmisibles

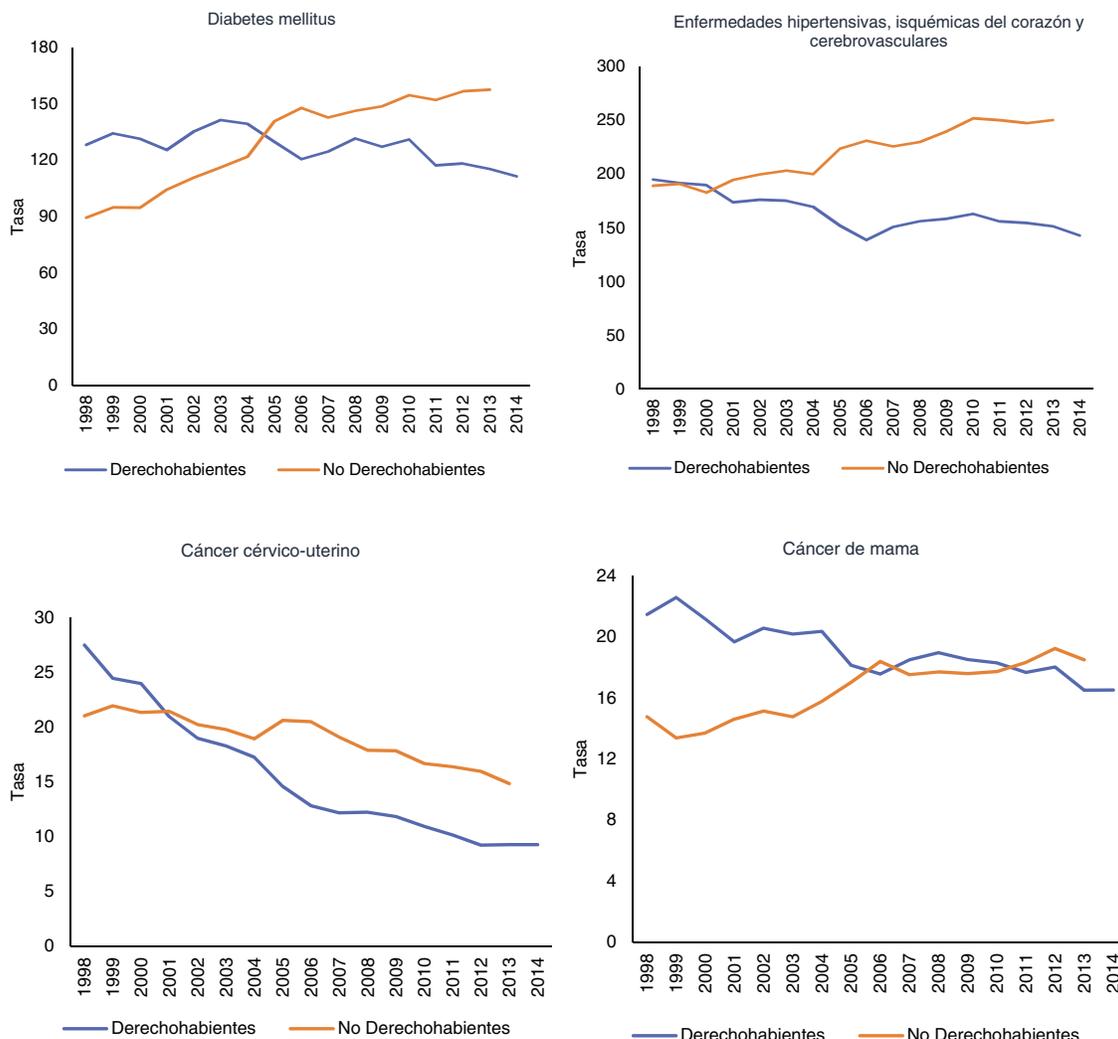
México en general, y el IMSS en particular, están enfrentando un cambio en el perfil epidemiológico y demográfico de la población.

En los últimos años, la mortalidad debida a enfermedades crónicas no transmisibles en derechohabientes del IMSS se ha reducido de manera importante en comparación con el resto del Sector Salud en México (gráfica XII.8). Sin embargo, aún existen oportunidades para mejorar la eficiencia en los procesos de prevención, detección y control de pacientes, sin incrementar los costos de atención. México tiene la prevalencia más alta de diabetes y es el segundo país con mayor porcentaje de obesidad en adultos de todos los países miembros de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE)^{137, 138}. Alrededor de 15% de la población usuaria del IMSS padece enfermedades crónico-degenerativas que son la principal causa de Años de Vida Saludables Perdidos Ajustados por Discapacidad. La atención de las enfermedades crónicas y sus complicaciones consume 32% del gasto

¹³⁷ OECD (por sus siglas en inglés) (2013), "Diabetes prevalence and incidence", in OECD, Health at a Glance 2013: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris. DOI: http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2013-14-en

¹³⁸ OECD (2013), "Overweight and obesity among adults", in OECD, Health at a Glance 2013: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris. DOI: http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2013-21-en

Gráfica XII.8.
Mortalidad por enfermedades crónicas no transmisibles, 1998-2014



Fuente: IMSS.

total del Seguro de Enfermedades y Maternidad. De no contener y controlar mejor las enfermedades crónicas, el gasto en ellas se incrementará en una tasa anual de aproximadamente 4% por año en términos reales.

El modelo médico del IMSS se creó hace 70 años cuando el derechohabiente tenía otro perfil epidemiológico. Una o dos visitas médicas al año eran suficientes para tratar la mayoría de las enfermedades; el doctor tomaba un papel relativamente pasivo en el cuidado del paciente debido a que esperaba a que éste agendara y acudiera a su cita y no era necesario tener un monitoreo constante sobre la salud de los pacientes. Hoy en día, gran parte de los motivos de consulta de

Medicina Familiar son por enfermedades crónicas, saturando las Unidades de Medicina Familiar. Para asegurar la sostenibilidad financiera del IMSS, mejorar la calidad y calidez de los servicios y la satisfacción de los derechohabientes, se necesita cambiar el modelo de atención para hacer frente a estas enfermedades.

Es por esto que las estrategias para atender las enfermedades crónico-degenerativas se basan en fortalecer la prevención, aumentar la detección temprana y mejorar el seguimiento al paciente crónico, en particular en las enfermedades crónicas de mayor peso para los derechohabientes del IMSS: enfermedades cardiovasculares, diabetes y cánceres.

En prevención, el Instituto se ha enfocado en aumentar sus chequeos preventivos a través de su exitoso programa PREVENIMSS. En la última década, el número de chequeos subió de 8 millones a casi 29 millones registrados al cierre de 2014 y para este año la meta es realizar 30 millones de chequeos PREVENIMSS (gráfica XII.9). El IMSS ha liderado con éxito la campaña de salud “Chécate. Mídete. Muévete”, logrando alinear los esfuerzos del Gobierno de la República para cambiar los hábitos de ejercicio y alimentación de la población.

Para mejorar la detección, seguimiento y control de los pacientes, el Instituto está trabajando en fortalecer el programa de PREVENIMSS creando chequeos focalizados de acuerdo con los perfiles de riesgo de la población. De esta manera se podrá dar prioridad de los recursos médicos a aquellos pacientes de alto riesgo y se promoverá la educación de la salud en los pacientes de bajo y mediano riesgo, con el fin de mantener sana a esta población. Además, se está considerando expandir los espacios en donde se pueden realizar los chequeos PREVENIMSS como en las empresas, escuelas y lugares públicos.

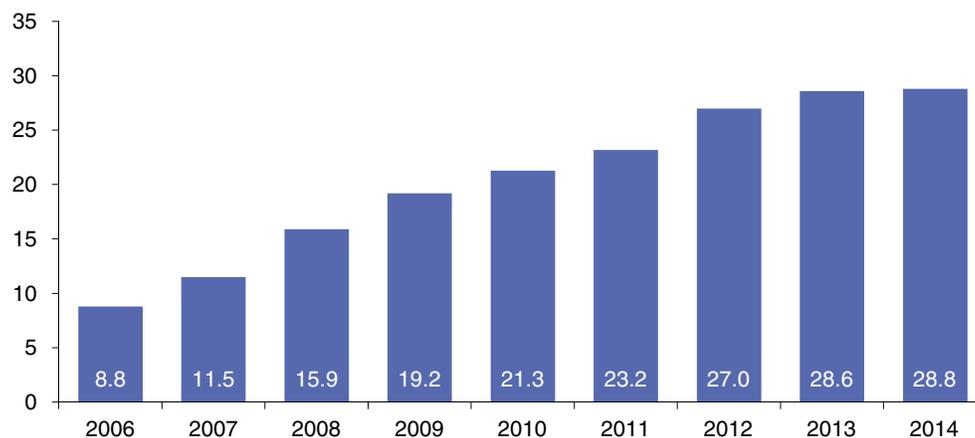
Los esfuerzos para mejorar la detección y el tratamiento de las principales enfermedades crónicas se describen a continuación:

A. Enfermedades Cardiovasculares

Las enfermedades cardiovasculares (ECV), incluida la hipertensión, son la primera causa de muerte en el IMSS y uno de los principales motivos en la demanda de atención. En 2014, fueron el primer motivo de consulta subsecuente en Medicina Familiar, tercer motivo de egreso hospitalario y cuarto motivo de consulta en Urgencias. En 2013 se reportaron 38 mil muertes por esta causa (una cada 13 minutos), la mayoría por infarto agudo al miocardio. Además, en el IMSS hay 6.5 millones de pacientes hipertensos, pero se atiende sólo a 62% de estos.

La estrategia integral para el ataque a las enfermedades cardiovasculares consiste en mejorar la prevención, la detección oportuna y el tratamiento de las complicaciones cardíacas. Entre 2013 y 2014, aumentó el número de detecciones de 10.7 a 14.4 millones. Adicionalmente, se ha fortalecido el control

Gráfica XII.9.
Número de derechohabientes que recibieron revisión anual PREVENIMSS, 2006-2014
(millones de personas)



Fuente: Dirección de Prestaciones Médicas, IMSS.

metabólico, ya que con la receta resurtible se redujo en 30% el número de días que los pacientes están sin medicamento.

Se encontró que los tiempos de atención a infarto son muy variables y algunas veces peligrosamente largos. En respuesta a ello, en febrero de este año inició el Programa Código Infarto, el cual tiene el objetivo de garantizar el diagnóstico y tratamiento de los pacientes que demandan atención de Urgencias por infarto, de manera que reciban tratamiento con reperfusión con angioplastia en los primeros 90 minutos o terapia fibrinolítica en los primeros 30 minutos posteriores a su ingreso a Urgencias (gráfica XII.10).

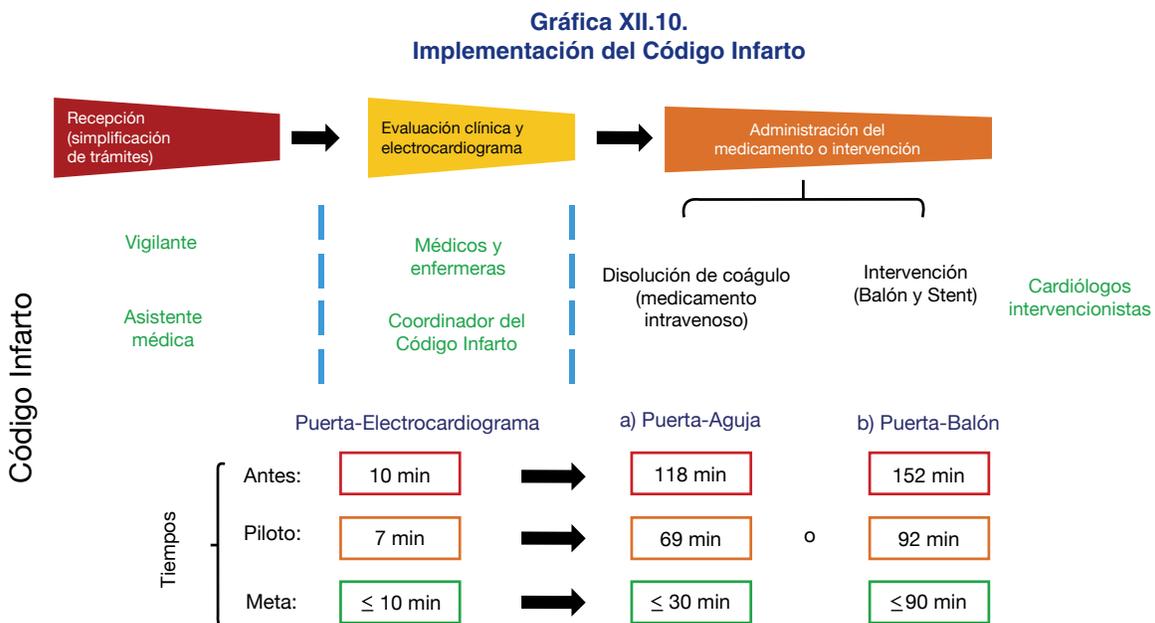
Este programa se implementó en el Hospital de Cardiología del Centro Médico Nacional "Siglo XXI" y su área de influencia son nueve hospitales y dos Unidades de Medicina Familiar. A tres meses del inicio del piloto se han incluido 150 pacientes, se incrementó 50% la reperfusión y ha disminuido la mortalidad más de 20%.

El siguiente paso será extender el Programa Código Infarto al resto de los hospitales y áreas de Urgencias del IMSS.

B. Diabetes mellitus

La diabetes es la segunda causa de muerte y de Años de Vida Saludables Perdidos Ajustados por Discapacidad, el segundo motivo de consultas de Medicina Familiar, y está dentro de los principales motivos de consulta de Especialidades, Urgencias y Hospitalización. Actualmente hay 3.5 millones de pacientes diabéticos registrados en el IMSS, de los cuales sólo 70% acudió a consulta de control con su médico familiar. De la población no atendida, 60% desconoce su condición y aproximadamente 40% de estos pacientes están controlados, comparado con 65 a 70% en países europeos.

Para combatir este problema, se ha trabajado en mejorar las acciones de promoción y detección



Fuente: Dirección de Prestaciones Médicas, IMSS.

oportuna. Entre 2006 y 2014 la obesidad en derechohabientes del IMSS ha disminuido de 6.3% a 5.8% para menores de 5 años y de 14.8% a 12% para niños entre 5 y 9 años. Durante este mismo periodo, el número de detecciones de diabetes aumentó de 2.1 a 7.4 millones, y se amplió el grupo de edad de detección a partir de los 20 años.

Para los pacientes con un estado tardío en la enfermedad y que padecen de insuficiencia renal, las mejores prácticas clínicas señalan que el tratamiento idóneo para este tipo de pacientes es el trasplante. En el IMSS se tienen cerca de 60,000 pacientes con insuficiencia renal crónica terminal, de los cuales aproximadamente 12,000 son candidatos a ser trasplantados. En 2014 se trasplantaron 1,428 pacientes, realizando 56% del total de trasplantes renales practicados en el Sistema Nacional de Salud. En los trasplantes renales con donante cadavérico se observa un crecimiento de 306 en 2013 a 325 en 2014 (6.2% de incremento). Se han hecho esfuerzos por mejorar la calidad en la realización de los trasplantes renales, logrando incrementar la sobrevida del injerto a un año, de 84.1% en 2012 a 93.4% en 2014. Asimismo, se sigue trabajado en aumentar la productividad en trasplantes renales a través del fortalecimiento y creación de Centros Especializados en Trasplantes, mejora de los procesos de referencia de pacientes candidatos a trasplante a estos centros especializados y mejora de la información y comunicación a los pacientes candidatos.

C. Cánceres

En el IMSS, los cánceres son la tercera causa de muerte y la segunda causa de consulta en Especialidades, siendo los principales el de mama, próstata, cérvico-uterino y pulmón.

El IMSS cuenta con dos programas de detección oportuna para algunos tipos de cáncer en la mujer, como el de cuello uterino y mama, que han permitido reducir la mortalidad progresivamente gracias al

tratamiento con cirugía, quimioterapia y/o radioterapia, según su tipo.

Para tratar de mejor manera a los cánceres y mejorar la probabilidad de los derechohabientes de combatirlos, el IMSS está trabajando en dos líneas. La primera es un perfeccionamiento de las líneas de atención de los cánceres más costosos y frecuentes con el objetivo de reducir el tiempo que transcurre desde la detección hasta el inicio del tratamiento y así evitar complicaciones y mortalidad prematura. Para lograr lo anterior se han reorganizado los procesos de acceso, prevención, detección, curación, rehabilitación y cuidados paliativos, con el fin de estandarizarlos, eliminar barreras y garantizar una mejor atención. La segunda es el Programa "OncoIMSS" que inició en el segundo semestre de 2014, cuyo objetivo es mejorar el tamizaje, la detección y el tratamiento del cáncer para elevar la calidad y la expectativa de vida de los pacientes. Como parte de este programa se inauguró en Chiapas el Centro de Referencia Estatal para la Atención del Niño "ONCOCREAN" que busca fortalecer los recursos humanos y tecnológicos en el servicio de Pediatría Oncológica en la región sureste del país y así evitar el traslado anual de 287 casos nuevos de niños y adolescentes con cáncer. También se desarrolló el Registro Institucional del Cáncer, un sistema para la vigilancia epidemiológica y seguimiento de casos, el cual se implementó en 11 unidades médicas. Se capacitaron más de 10 mil médicos y enfermeras del primer nivel de atención para fortalecer la detección oportuna del cáncer de mama y para 2015 se incorporará la detección del cáncer de colon, recto y próstata dentro del chequeo anual PREVENIMSS.

Fortalecer la capacitación, formación de recursos humanos y la investigación en el IMSS

El IMSS ha sido sinónimo de excelencia médica en México y en el mundo durante sus más de 70 años de existencia. En los últimos años, debido a las presiones financieras, se redujo la inversión en formación de capital

humano e investigación. La presente Administración está convencida que una de las mejores maneras para mejorar la calidad y calidez de los servicios es a través de la capacitación continua, la inversión en los recursos humanos e investigación. Es por esto que se ha puesto en marcha un agresivo programa de inversión en capacitación, formación de talento e investigación médica de punta. Estos programas se describen en el Capítulo V y a continuación se describen brevemente sus principales componentes.

Capacitación

En el Instituto, la capacitación es un mecanismo para la actualización y el desarrollo de competencias del personal de salud con base en los avances científicos y tecnológicos. Los esfuerzos en capacitación durante 2014 y 2015 se centraron en los siguientes puntos:

- **Cursos de capacitación presenciales:** En 2014 se realizaron 3,700 cursos presenciales con la asistencia de 25.6 mil trabajadores del área de la salud con un incremento de 12.3% en el número de trabajadores capacitados respecto a 2013.
- **Cursos de capacitación en línea:** En 2014 se implementaron 56 cursos en línea que permitieron la capacitación de 11.5 mil profesionales de la salud. El número de cursos realizados y de participantes en 2014 resultó 86% y 128% superior a lo realizado en 2013, respectivamente.
- **Estancias cortas y cursos de posgrado:** En 2014 se formalizó el convenio de colaboración con la Secretaría de Educación Pública para el financiamiento de becas para un curso intensivo de inglés. Para 2015, esta Secretaría otorgará 35 millones de pesos para becas en los Estados Unidos; asimismo, se consolidó el convenio de colaboración con el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) que permitirá el acceso a becas al extranjero para realizar posgrados y capacitación técnico-médica del personal institucional.

Como resultado del Primer Foro Franco Mexicano de Intercambio de Mejores Prácticas Clínicas realizado en abril de 2014, se suscribió un 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.

Formación

La preparación de nuevos médicos especialistas que atienden la creciente demanda de pacientes con enfermedades crónico-degenerativas debe ser congruente con los cambios demográficos y operativos que se realicen en el modelo de atención médica.

La formación de nuevos médicos especialistas ha distinguido al IMSS. Durante 2014, el Instituto contaba con 12.6 mil médicos en formación en 72 diferentes especialidades, cifra superior a los 12.4 mil médicos registrados en 2013. Para el ciclo académico 2015-2016 se incrementó esta cifra, al contar con 12.7 mil médicos en formación. De estos, 34% cursan especialidades orientadas al primer nivel de atención, 10% relacionadas a urgencias y 24% a enfermedades crónico-degenerativas como diabetes.

Investigación

La investigación es primordial para llevar al Instituto a retomar el liderazgo médico en el Sector Salud. 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.

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 (COFEPRIS) 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.

Sistema Nacional de Salud Universal

El Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2013-2018 promulgado por el Presidente de la República, define como dos de sus objetivos asegurar el acceso universal a los servicios de salud y ampliar el acceso a la seguridad social para alcanzar un México más Incluyente y Próspero. Asimismo, define como tres de las estrategias para alcanzar dichos objetivos, avanzar en la construcción de un Sistema Nacional de Salud Universal, mejorar la atención de la salud a la población en situación de vulnerabilidad, y garantizar el acceso efectivo a servicios de salud de calidad.

El IMSS, siendo el mayor proveedor de servicios de salud del país, comparte la convicción de avanzar en la consolidación del Sistema Nacional de Salud Universal, para asegurar el acceso efectivo a los servicios de salud. Para ello, se está trabajando bajo la coordinación de la Secretaría de Salud en la formulación de una propuesta que garantice el acceso, oportunidad, protección financiera y calidad de los servicios que actualmente se otorgan, mediante el establecimiento de protocolos estandarizados e instrumentos que permitan vigilar su debido cumplimiento. Este sistema será el mecanismo que empodere a la población para que pueda demandar que estos servicios sean efectivos.

La creación del Sistema Nacional de Salud Universal exigirá una mayor coordinación entre las instituciones públicas de salud. Es necesario generar sinergias que permitan hacer un uso más eficiente de la capacidad instalada y recursos humanos, evitar duplicidades en la cobertura y homologar los servicios. El punto de partida debe ser mejorar la atención médica integral, con un enfoque de contención de costos y trato digno al usuario y su familia. Con estas medidas, se obtendrán mejoras sustanciales en los servicios de salud para todos los mexicanos.

Es necesario construir sobre los distintos convenios de intercambio de servicios existentes de manera coordinada con las instituciones del Sector Salud. Así, en 2014 se suscribieron 5 convenios específicos en esta materia, 3 en Yucatán, 1 en Querétaro y otro en Durango. Además, se renovó el convenio de Baja California Sur y de Yucatán firmados en años anteriores. De esta forma, se duplicó el número de convenios comparado con los disponibles en 2013.

A fin de consolidar el intercambio de servicios e impulsar la celebración de este tipo de convenios en las entidades federativas, las instituciones han sumado esfuerzos para ampliar el catálogo de servicios médicos que forma parte del Acuerdo General. Este

año se trabajó en 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.

El fin último de la propuesta de Reforma promovida por el Gobierno Federal al Sector Salud, es garantizar el acceso efectivo a la salud. La propuesta de Reforma implica cambios de gran calado para todas las instituciones del Sector y establece las bases para una mayor integración y homologación de los servicios. El éxito de una Reforma de esta envergadura depende de la capacidad para dotar a las instituciones, ya sean existentes o creadas, de un marco de incentivos e instrumentos que las dirija a utilizar de manera efectiva sus recursos, independientemente del financiamiento que les da origen.

Consideraciones finales

El 2014 fue un año de consolidación de resultados. Por segundo año consecutivo se mantuvo bajo control el uso de las reservas del Instituto. Las acciones realizadas en 2014 se tradujeron en un uso de reservas de 12.9 mil millones de pesos de 2015 cumpliendo con la meta de mantener el uso de reservas en alrededor de 12 mil millones de pesos. Este es un esfuerzo de enormes proporciones que ha implicado un trabajo conjunto de la Administración, trabajadores, patrones y derechohabientes. Estos enormes esfuerzos de saneamiento financiero han sido acompañados por mejoras en los servicios prestados. Como se describió a lo largo de este Informe, se han hecho grandes esfuerzos por buscar mejoras en servicios en beneficio de los derechohabientes del IMSS.

Esta mejora en los servicios se puede constatar a través de la reducción en quejas presentadas por parte de la derechohabiente, mismas que disminuyeron en 4% de 2013 a 2014. Asimismo, por la naturaleza y volumen de los servicios que presta el IMSS, es natural que sea la institución con más quejas ante la Comisión Nacional de Derechos Humanos; no obstante, de 2013

a 2014, las quejas notificadas por esa Comisión al IMSS disminuyeron en 45%.

Las acciones llevadas a cabo en estos primeros dos años de administración han permitido al IMSS pasar del escenario inercial a uno de sostenibilidad financiera. Sin embargo, la tendencia subyacente al alza del gasto en salud continuará ejerciendo presiones financieras al Instituto: las transiciones demográfica y epidemiológica seguirán incrementando las necesidades de salud y sus costos asociados, no sólo en México, sino en todo el mundo.

Es por ello que con los resultados obtenidos no se debe interpretar que los problemas del IMSS están resueltos, falta mucho por hacer. Hacia adelante, los esfuerzos se centrarán en ampliar la infraestructura del Instituto y en buscar mejoras en la calidad y calidez de los servicios que sean tangibles para los derechohabientes. Estos cambios se deben institucionalizar y arraigar en la cultura del IMSS para volverse sostenibles en el tiempo.

La actual Administración del IMSS tiene el firme compromiso de cumplir con las instrucciones que el Presidente de la República ha definido para el Instituto: un IMSS que está a la altura de los retos y las exigencias de la sociedad mexicana del mañana. Gracias a los enormes esfuerzos de trabajadores, derechohabientes y patrones llevados a cabo en 2014, se logró consolidar los avances del IMSS.

El IMSS es piedra angular de la arquitectura social en nuestro país. Superar las transiciones demográfica y epidemiológica, así como la compleja situación financiera del Instituto, es una responsabilidad histórica y no será tarea fácil. Sin embargo, se han tomado pasos claros y firmes en la dirección correcta. La fortaleza de la institución y el compromiso inquebrantable de sus trabajadores permitirán superar estos obstáculos y mejorar la salud y seguridad social de todos los mexicanos.