



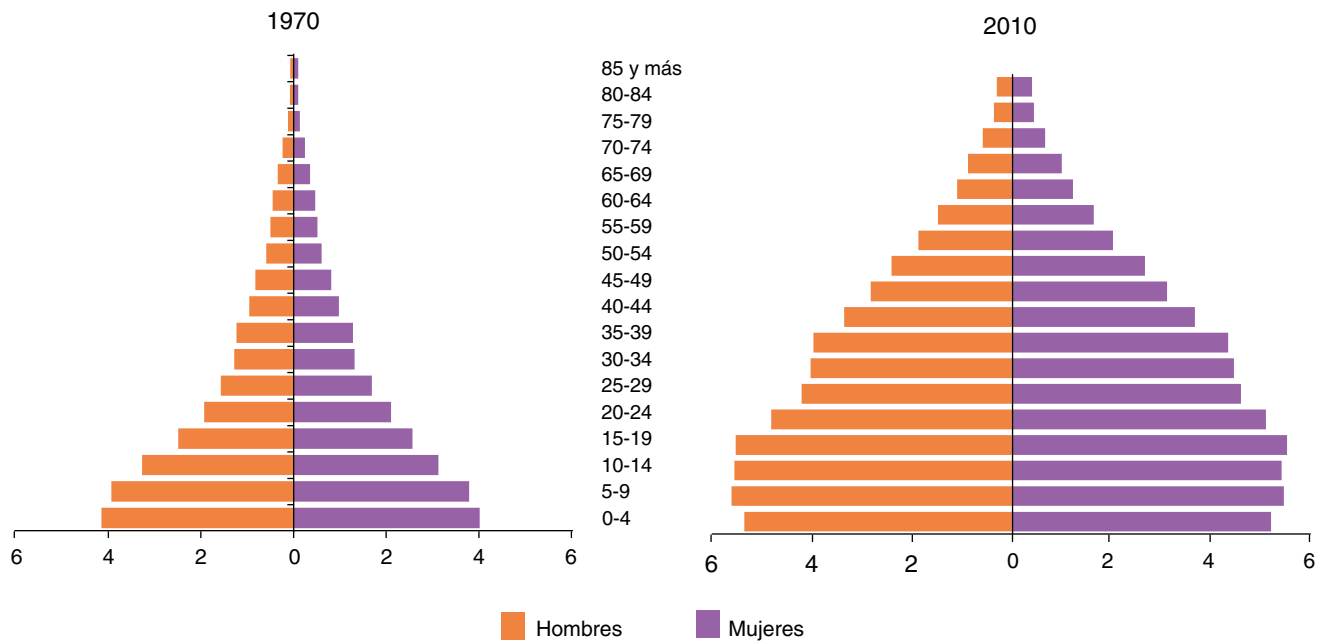
En cumplimiento de la Ley del Seguro Social, el Instituto Mexicano del Seguro Social presenta al Ejecutivo Federal y al H. Congreso de la Unión el Informe sobre la Situación Financiera 2015-2016, en donde se resumen los resultados obtenidos durante los primeros 3 años de la presente Administración, la situación actual del Instituto y los retos que enfrenta el Instituto para el periodo 2016-2018.

El IMSS juega un papel fundamental en la política social al ser el mayor proveedor de servicios de salud en el país para los más de 74 millones de asegurados, 62 millones de derechohabientes y 12 millones de beneficiarios del Programa IMSS-PROSPERA. Durante más de 70 años ha enfocado sus esfuerzos a garantizar el acceso a la salud y a la seguridad social de los mexicanos.

Durante este tiempo, no ha estado exento de factores adversos asociados a la transición demográfica y epidemiológica del país en las últimas décadas, que inciden en la viabilidad operativa y financiera del Instituto.

Esto es, la población mayor de 60 años en México pasó de 2.7 millones en 1970, a 10.2 millones en 2010, lo que implica tener 4 veces más personas en edad avanzada (gráfica XII.1). Por otra parte, mientras que en 1973 había 14 trabajadores por cada pensionado, en 2012 esta cifra bajó a 5. Esta transición demográfica ejerce presión en las finanzas de las instituciones de salud, incluyendo al IMSS.

**Gráfica XII.1.**  
**Distribución de la población en México, 1970 y 2010**



Fuente: IX Censo de Población y Vivienda, 1970; XIII Censo de Población y Vivienda, 2010.

Por otra parte, con la transición epidemiológica, las enfermedades infecciosas dejaron de ser la principal causa de enfermedad y muerte para ser reemplazadas por las crónico-degenerativas, que generan tratamientos más largos y mayores costos.

El mayor número de pacientes crónico-degenerativos se encuentra en el grupo de edad mayor a 60 años, población que genera 75% de las consultas en el IMSS. Actualmente, el IMSS gasta 79 mil millones de pesos en la atención de los 5 principales padecimientos crónico-degenerativos (diabetes mellitus, hipertensión arterial, insuficiencia renal y cáncer cérvico-uterino y de mama). Al igual que en todo el mundo, estos costos serán incrementales en los próximos años.

Para hacer frente a estos factores asociados a la creciente demanda derivada del envejecimiento de la población y de enfermedades más complejas, en 2013 dio inicio una estrategia sustentada en 2 objetivos claros: mejorar la calidad de los servicios que ofrece y mantener la estabilidad de sus finanzas.

En 2014, se implementó un plan de transformación basado en 3 pilares: i) la simplificación, digitalización y cumplimiento de obligaciones; ii) el fortalecimiento de la transparencia, y iii) la mejora de los servicios médicos.

En 2015, la institucionalización de las acciones llevadas a cabo permitió consolidar los resultados en materia de saneamiento financiero, desregulación, simplificación y digitalización, eficiencia, transparencia y mejora de servicios.

Todas estas estrategias y medidas permitieron enfrentar los retos en el corto plazo y consolidar las finanzas del Instituto manteniendo el control en el uso de las reservas.

En 2016, con la entrada del nuevo Director General del Instituto, el C. Presidente de la República giró 3 instrucciones. Primero, continuar con el **fortalecimiento financiero** del Instituto; segundo, mantener y acelerar **los procesos de simplificación de trámites, de modernización de infraestructura y equipamiento,**

así como las medidas para prevenir y detectar enfermedades oportunamente, y tercero, mejorar la **calidad y calidez de los servicios médicos**.

En estas directrices se sustentan las acciones de política instrumentadas que permitirán afrontar las presiones financieras y superar los retos que se tienen, poniendo al derechohabiente y a los usuarios en el centro de los esfuerzos institucionales.

A continuación se presentan los resultados más sobresalientes, cuyo detalle se explica en el capítulo correspondiente del presente Informe.

## **XII.1. Fortalecimiento financiero**

El déficit en activos financieros que se venía observando y que se agudizó en 2009 hoy se mantiene bajo control en menos de la mitad de lo registrado en 2012.

Durante el periodo 2007-2012, el IMSS utilizó el total de reservas financieras consideradas en el Presupuesto de Egresos de la Federación (PEF).

La estricta disciplina financiera implementada a partir de 2013 permitió la reducción en el uso de reservas usando únicamente 12,171 millones de pesos<sup>134</sup> de los 21,331 millones contemplados en el Presupuesto de Egresos de la Federación 2013 (57%). En 2014 se utilizaron 13,180 millones de los 21,254 millones contemplados (62%). Para 2015 sólo se usaron 8,893 millones de pesos de los 20,138 millones contemplados (44%), datos que muestra la gráfica XII.2.

Para consolidar la estabilidad financiera del IMSS, en lo que resta de la Administración se dará continuidad a la estrategia de saneamiento financiero implementada por el Instituto desde el inicio de la Administración, mediante el uso racional de los recursos, con medidas

de eficiencia en el gasto y mecanismos para mejorar la recaudación.

### **XII.1.1. Eficiencia en el gasto**

Durante los primeros 3 años de la presente Administración se han llevado a cabo distintas acciones para incrementar la eficiencia del gasto y mejorar los servicios, en línea con los objetivos institucionales de consolidar la estabilidad financiera y mejorar la calidad y la calidez de los servicios.

Destacan entre estas acciones las realizadas durante 2015 para mejorar los esquemas de compra, abasto y suministro de medicamentos, los servicios de apoyo a la atención y el otorgamiento de servicios médicos y las medidas para optimizar el gasto administrativo y de operación que se detallan en el Capítulo XI.

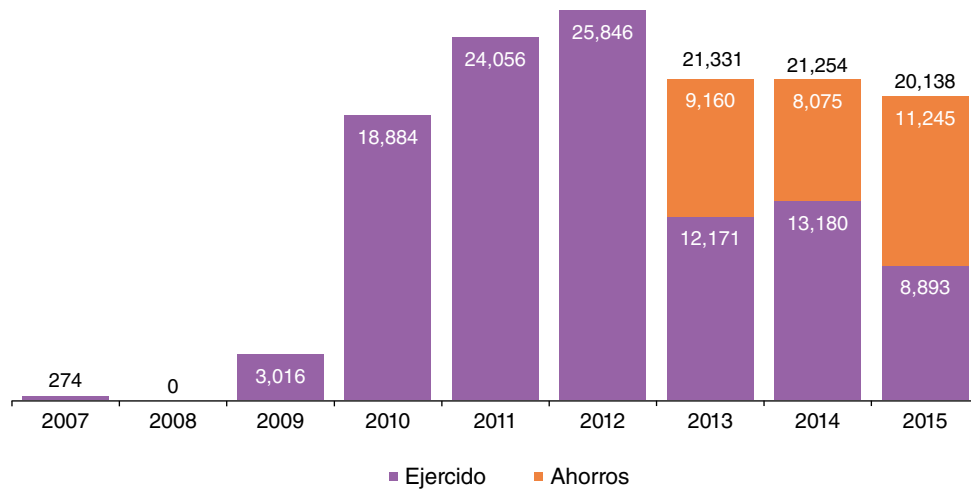
A lo largo de 2015 el Índice Nacional de Atención a Recetas se mantuvo por encima de la meta de 95%, garantizando un acceso oportuno de medicamentos a los pacientes. A través de la mejora en la compra y surtimiento de medicamentos, se ha logrado mantener un surtimiento en niveles históricos (gráfica XII.3).

El número de recetas atendidas en el año fue de 179.1 millones, lo que representa 3.4 millones de recetas más que en 2014. El promedio mensual de recetas atendidas fue 14.9 millones en 2015, ligeramente mayor a los 14.7 millones del año 2014. Estas cifras reflejan el mejoramiento de las estrategias de abastecimiento del Instituto (gráfica XII.4).

Como parte de la política de abasto de medicamentos para satisfacer la demanda de los derechohabientes, el IMSS ha desarrollado estrategias para mejorar la forma en que compra, distribuye y otorga las vacunas, medicamentos y material de curación. Por ello, en

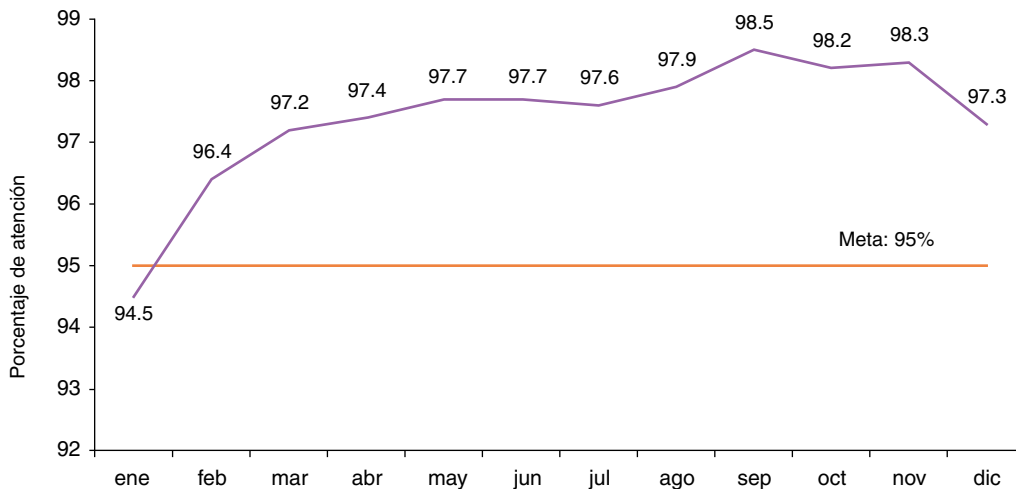
<sup>134</sup> Cifras en pesos de 2016.

**Gráfica XII.2.**  
**Uso de Reservas y Fondo Laboral, 2007-2015**  
(millones de pesos de 2016)



Fuente: Dirección de Finanzas, IMSS.

**Gráfica XII.3.**  
**Índice Nacional de Atención a Recetas**  
(enero-diciembre de 2015)



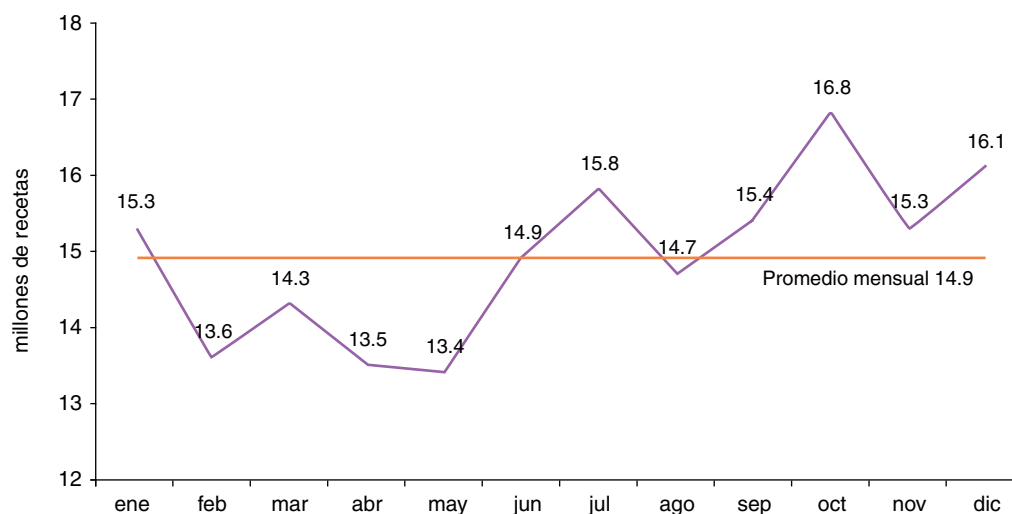
Fuente: Dirección de Administración, IMSS.

2013 se eliminaron las compras emergentes buscando el nivel de inventario crítico que maximizara el nivel de abasto y minimizara el inventario, para evitar merma y expiración de medicamentos. De esta manera surge la **Compra Consolidada**, con el propósito de concentrar los requerimientos de bienes terapéuticos (medicamentos y material de curación) del Sector Público para garantizar el abasto oportuno y suficiente de insumos para la salud, y al mismo tiempo, reducir

costos y mejorar el proceso de suministro a través de nuevas y mejores condiciones de abastecimiento.

Desde entonces, el IMSS ha liderado las compras consolidadas de medicamentos y materiales de curación más grande en la historia del Sector Público mexicano, con la participación de distintas dependencias federales, secretarías de Salud en los estados e institutos de salud de alta especialidad, con

**Gráfica XII.4.**  
**Recetas atendidas mensualmente**  
(enero-diciembre de 2015)



Fuente: Dirección de Administración, IMSS.

mecanismos innovadores de compra para fomentar una mayor competencia, bajo estrictas medidas de eficiencia y transparencia.

En el marco de la compra consolidada realizada en 2015 se llevaron a cabo 16 licitaciones para la adquisición de más de 1,760 claves de medicamentos y material de curación, generando ahorros respecto de los precios obtenidos el año anterior por 2,521 millones de pesos (de los cuales 1,602 millones de pesos corresponden al IMSS), que sumados a los ahorros de las compras anteriores representan un ahorro acumulado de casi 11 mil millones de pesos para todos los participantes durante estos 3 años (cuadro XII.1).

Para la compra consolidada de medicamentos a realizarse en 2016, el Instituto redoblará esfuerzos para intensificar la transparencia y la participación en el proceso. Como acciones de mejora para la siguiente compra consolidada: i) se evaluará la siguiente generación de Ofertas Subsecuentes de Descuento; ii) se optimizarán los tiempos para la asignación de claves desiertas, y iii) se consolidarán claves que por

**Cuadro XII.1.**  
**Compra consolidada**  
(comparativo 2013 a 2015)

Rubro		2013	2014	2015
Volumen de la compra	Participantes	14	42	40
	Importes convocados <sup>1/</sup>	43,000	51,000	48,000
	Ahorros <sup>1/</sup>	3,700	4,600	2,521
Competencia: Ofertas Subsecuentes de Descuento	Eventos	5	7	10
	Claves	86	119	141
	Monto adjudicado <sup>1/</sup>	7,909	8,403	13,299
	Ahorros <sup>1/</sup>	1,012	1,263	761

<sup>1/</sup> millones de pesos.

Fuente: Dirección de Administración, IMSS.

su volumen y características establezcan mejores condiciones de competencia.

Por otra parte, entre las medidas para mejorar los servicios de apoyo a la atención y el otorgamiento de servicios médicos se cuidaron los procesos de contratación con un enfoque transparente y de mejores compras para racionalizar el gasto.

Por ello, el Instituto llevó a cabo el proceso de contratación plurianual de diversos **servicios integrales**.

En septiembre y octubre de 2015 concluyeron las contrataciones de los servicios médicos integrales de diálisis y hemodiálisis para la atención de pacientes con problemas renales durante los próximos 4 años.

La transparencia y eficacia con la que se han llevado a cabo estos procedimientos para terapias de sustitución renal han derivado en las mejores condiciones para el IMSS, generando ahorros acumulados por 1,477 millones de pesos anuales, aproximadamente (cuadro XII.2), lo que al final de los 4 años de contrato permitirá ahorros por más de 5,900 millones de pesos.

Adicionalmente, en abril de 2016 concluyeron las licitaciones de los servicios de laboratorio, banco de sangre y mínima invasión, los cuales generarán ahorros de aproximadamente 1,492 millones de pesos por año respecto a las condiciones en las que se prestan hoy tales servicios (cuadro XII.2), y casi 4,500 millones de pesos en los 3 años de duración de los contratos.

La contratación para los siguientes 3 años permitirá otorgar de manera oportuna y eficiente los servicios referidos de laboratorio, cirugía de mínima invasión y banco de sangre a los derechohabientes del IMSS en todo el país, con mejores condiciones de calidad y control por parte del Instituto.

Finalmente, también se llevan a cabo medidas orientadas a la optimización del gasto administrativo y de operación, entre las que destaca el arrendamiento de vehículos. En 2013 se decidió suspender la compra de la flota vehicular para el Instituto y contratar un servicio de arrendamiento integral para transporte vehicular, primero para el servicio administrativo (primera etapa) y luego para la sustitución de ambulancias (segunda etapa).

De esta manera, al ser el proveedor quien se hace cargo de la operación, aseguramiento y cualquier costo asociado al mantenimiento, así como de garantizar la

disponibilidad inmediata de los vehículos en caso de descompostura o accidente, se mejora la calidad del servicio al tiempo que se genera una reducción del gasto en diversos rubros como el mantenimiento y aseguramiento vehicular.

Los ahorros asociados a la sustitución del parque vehicular por servicios integrales de arrendamiento se estiman en más de 100 millones de pesos para 2016, ahorros que permitirán reforzar el programa de sustitución de la flota vehicular del Instituto. Este mismo esquema de arrendamiento integral ha sido replicado en 2016 para incluir vehículos de operación para delegaciones y Unidades Médicas de Alta Especialidad, ante los beneficios derivados del mismo (cuadro XII.2).

**Cuadro XII.2.**  
**Ahorros estimados para 2016**

<b>Rubro</b>	<b>Millones de Pesos</b>
Compras consolidadas	1,600
Servicios integrales (diálisis, hemodiálisis, laboratorio, banco de sangre, mínima invasión)	2,969
Sustitución de parque vehicular	100

Fuente: Dirección de Administración, IMSS.

## **XII.1.2. Mejora en recaudación**

Las acciones realizadas en materia de afiliación y recaudación han sido fundamentales para fortalecer los ingresos del Instituto a niveles superiores a las metas previstas.

En los primeros 2 años de esta Administración, pese a que se consideraron supuestos de crecimiento económico para la elaboración de las metas de ingreso superiores a lo observado, se cumplió con la meta de la Ley de Ingresos de la Federación, con un superávit de 2,017 millones de pesos durante esos 2 años. Por su parte, en 2015, se registra el mayor superávit en lo que va de la Administración, de 5,663 millones de pesos,

con una recaudación de 330,485 millones de pesos, 24,497 millones de pesos superior al nivel alcanzado en 2014, y equivalente a un crecimiento de 5.3% real y 8.2% nominal (gráfica XII.5).

Esta situación favorable en la recaudación es resultado de un acelerado proceso de formalización del empleo, la estrategia IMSS Digital con la simplificación y digitalización de trámites, principalmente en materia de afiliación y recaudación, y de la implementación de un Modelo Integral de Fiscalización, entre otros factores.

Poco más de 75% de los ingresos del IMSS refiere al pago de las cuotas obrero-patronales, y en dicha recaudación, la evolución del empleo afiliado juega un papel importante.

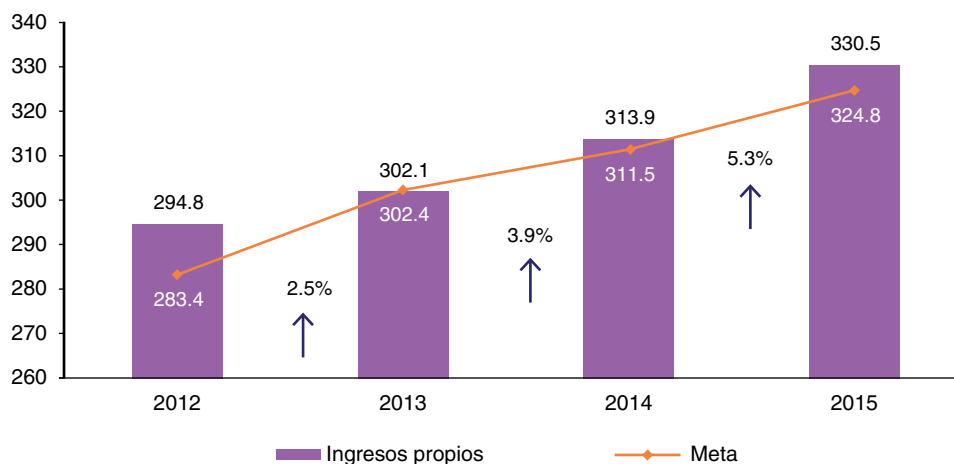
Como se explicó a detalle en el Informe de 2014-2015, tradicionalmente en México la relación entre la **creación de empleos formales** y el crecimiento económico, medido con base en el Producto Interno Bruto del país, era uno a uno (elasticidad empleo-producto igual a la unidad). Esto es, un crecimiento de 1% en el Producto Interno Bruto incrementaba la

afiliación del IMSS en el mismo porcentaje, situación que se modificó a partir del año 2013, cuando el aseguramiento en el Instituto creció al doble que la economía (gráficas XII.6 y XII.7).

En 2015, por tercer año consecutivo, la generación de empleo formal afiliado al IMSS alcanzó niveles históricos, creciendo por arriba de la economía; eso es, se crearon 645 mil puestos de trabajo, lo que sumado a la creación de los 2 años anteriores suma poco más de 1.8 millones de afiliaciones de trabajadores, lo que convirtió al primer trienio de esta Administración en el mejor de la historia. Esta creación de empleo se compara de manera favorable con el crecimiento de la economía, ya que la afiliación creció a una tasa de 3.7%, mientras que la economía creció en 2.5%. En lo que va de 2016, la afiliación al IMSS continúa siendo favorable, con una creación de 373,769 puestos en los primeros 5 meses, totalizando durante la presente Administración la creación de 1'962,866 empleos formales.

De esta manera, al cierre de 2015 se registran casi 26 millones de asegurados, tanto trabajadores del

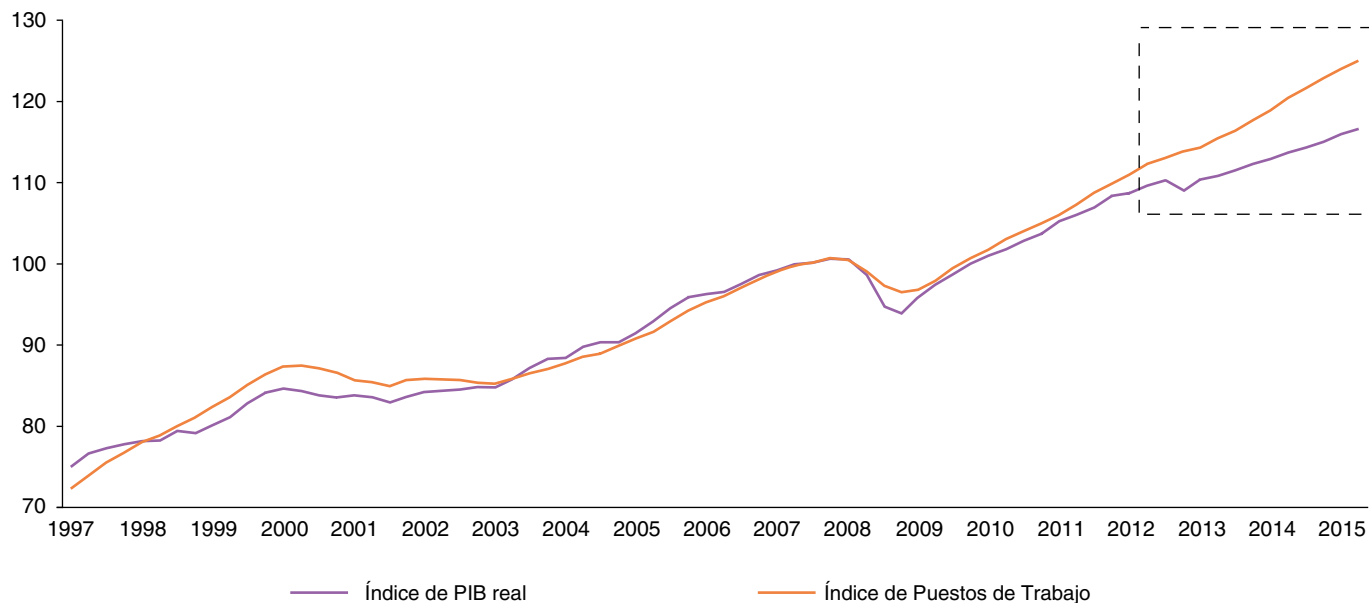
**Gráfica XII.5.**  
**Ingresos del IMSS y meta de la Ley de Ingresos de la Federación, 2012-2015<sup>1/</sup>**  
(miles de millones de pesos de 2015)



<sup>1/</sup> Los ingresos del IMSS incluyen cuotas obrero-patronales, aportaciones y adeudo del Gobierno Federal, capitales constitutivos, derivados de cuotas, aportaciones de trabajadores al fondo de jubilación e intereses de la Reserva Operativa. Excluye ingresos por uso de reservas. La meta de recaudación corresponde a la aprobada en la Ley de Ingresos de la Federación.

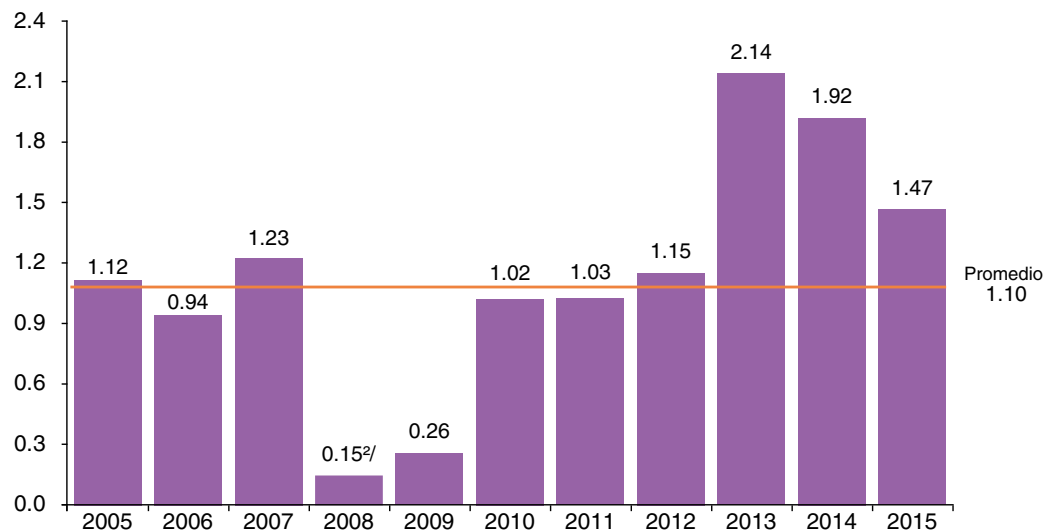
Fuente: Dirección de Finanzas, IMSS.

**Gráfica XII.6.**  
**Producto Interno Bruto real y puestos de trabajo en el IMSS, 1997-2015<sup>1/</sup>**  
 (índice base 2008 = 100, cifras trimestrales)



<sup>1/</sup> 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 2015.  
 Fuente: Dirección de Incorporación y Recaudación, IMSS.

**Gráfica XII.7.**  
**Elasticidad entre los puestos de trabajo del IMSS y el Producto Interno Bruto real, 2005-2015<sup>1/</sup>**



<sup>1/</sup> 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 2004 al cuarto trimestre de 2015.

<sup>2/</sup> Valores absolutos cuando las tasas de crecimiento son negativas.

PIB: Cifras actualizadas por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) el 23 de febrero de 2016.

Fuente: Dirección de Incorporación y Recaudación, IMSS.



Régimen Obligatorio y Régimen Voluntario<sup>135</sup>, como no trabajadores, esto es, ciudadanos sin un empleo formal que desean obtener los beneficios que otorga el Instituto, principalmente en salud.

En este último caso de asegurados no trabajadores del IMSS se incluye la **afiliación a los estudiantes**<sup>136</sup> de nivel medio superior y superior, a quienes por Decreto Presidencial<sup>137</sup> se les otorgan distintas prestaciones, mismas que se han ampliado para recibir, en la actualidad, atención médico-quirúrgica, farmacéutica, hospitalaria y, en su caso, asistencia obstétrica, así como acceso a programas de chequeo médico, prevención de riesgos de salud, salud sexual y reproductiva, campañas de vacunación para prevenir enfermedades de carácter estacional o epidemiológico.

Entre 2000 y 2015, el número de estudiantes incorporados al IMSS registró un crecimiento promedio de 8.5% anual, pasando de 2.1 a 7.3 millones de estudiantes.

Tomando en cuenta este crecimiento, el titular del Ejecutivo instruyó al IMSS a redoblar las acciones de inclusión social implementadas por el Instituto, el Gobierno Federal y los gobiernos de los Estados para brindar seguridad social a jóvenes estudiantes de todo el país. Así, a partir de este año, todos los estudiantes de instituciones públicas de los niveles medio superior y superior podrán obtener un Número de Seguridad Social único que los acompañará toda su vida, mientras mantengan la calidad de estudiantes o una vez que inicien una relación laboral formal.

En lo que va de 2016, se han generado y entregado 4.1 millones de Números de Seguridad Social a

estudiantes, y la meta para agosto es registrar a la totalidad de estudiantes.

Al hacer valer este derecho, los jóvenes podrán dedicar su tiempo al estudio sin preocupaciones por obtener atención médica, para terminar su formación académica. Toda vez que el seguro les provee la cobertura médica para que, en caso de necesitarla, sean atendidos sin necesidad de poner en riesgo su patrimonio ni el de su familia. Adicionalmente, tendrán la oportunidad de chequearse y prevenir el desarrollo de enfermedades crónico-degenerativas. Entre más temprano adopten una cultura de salud pública basada en la prevención y no en la curación, mayores posibilidades tendrán de liberarse de enfermedades crónico-degenerativas que cada vez se presentan con mayor frecuencia en grupos etarios más jóvenes, con todos los riesgos que involucran.

Este esquema implica una inversión en el futuro de los estudiantes, que proporciona un escudo para la prevención de males crónicos en el futuro; con acciones sencillas como el control de peso y talla, verificación de niveles de glucosa, orientación sexual y combate a las adicciones, se puede dar un giro para pasar de un esquema curativo a uno preventivo que se traduzca en menores gastos médicos y menores riesgos de padecer enfermedades con efectos irreversibles como diabetes, hipertensión arterial, problemas renales, alcoholismo y drogadicción.

La aportación anual que realiza el Gobierno Federal para financiar el otorgamiento de los servicios médicos proporcionados a este grupo ascendió a 3.4 mil millones de pesos en 2015, asociado a una afiliación de más de 7 millones de estudiantes.

<sup>135</sup> En este Régimen se encuentran trabajadores domésticos, independientes, de la Administración Pública Federal, personas físicas con trabajadores a su servicio, entre otros.

<sup>136</sup> Esta afiliación voluntaria al Seguro Facultativo (modalidad 32) incluye la afiliación de estudiantes, así como familiares de personal del IMSS y de la Comisión Federal de Electricidad.

<sup>137</sup> Se incorporan al Instituto mediante Acuerdo Presidencial del 10 de junio de 1987, el cual quedó abrogado por el Decreto del 14 de septiembre de 1998 y está vigente hasta la fecha.

Como se detalla en el Capítulo II del presente Informe, este año en el IMSS se implementó un nuevo proceso de incorporación de estudiantes, con el cual se busca garantizar no solo el derecho a servicios de salud, sino que lo conozcan y aprovechen. Por lo anterior, es importante revalidar las cifras a partir de los números de afiliación entregados a los estudiantes y al momento del alta en la clínica correspondiente, con ello podremos estimar de mejor manera el gasto real que el Instituto realiza en la atención médica de esta población.

Ahora bien, otro de los factores favorables a la recaudación es el avance de IMSS Digital, que con la **simplificación y digitalización de trámites** a describirse con mayor detalle en el siguiente eje, ha derivado en importantes beneficios en materia de afiliación y recaudación.

A la fecha, se han simplificado y digitalizado 18 trámites de alto impacto que se realizan 4 millones de veces al mes; 2 millones de estos son efectuados completamente en línea, con un ahorro de 24 millones de traslados y visitas a las oficinas del IMSS en un año. Esto es, con la estrategia IMSS Digital se han logrado disminuir los tiempos y costos que los patrones y ciudadanos invierten en realizar trámites relacionados con su afiliación y pago de sus cuotas, lo que ha tenido efectos positivos en la afiliación al Instituto, en la formalización del empleo y en el entero de cuotas. Las acciones más importantes se describen a detalle en el Capítulo II de este Informe. Pero además, se pusieron a disposición de los patrones y ciudadanos 2 trámites de alto impacto: el Comprobante Fiscal Digital y la Constancia de Vigencia.

Así —como se planteó desde el inicio de esta Administración—, la meta es digitalizar la totalidad de trámites en el área de Afiliación y Recaudación, que deriven en beneficios para los patrones y derechohabientes.

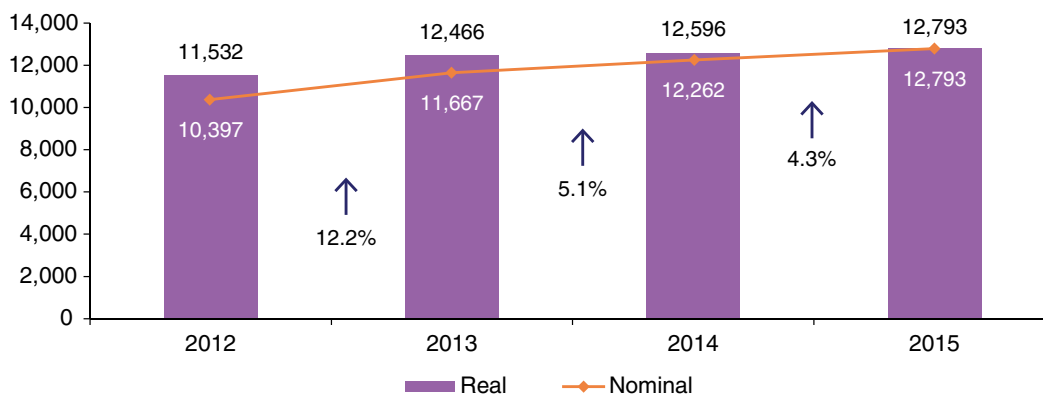
Finalmente, la aplicación de un **Modelo Integral de Fiscalización** en el Instituto, implementado desde 2014, ha permitido el fortalecimiento de la capacidad de generación de ingresos, al tiempo que ha promovido la formalización del empleo y la equidad en el financiamiento de la seguridad social.

Uno de los elementos centrales de este modelo ha sido la creación de un área especializada en la atención de los grandes patrones (Unidad de Servicios Estratégicos), lo que ha permitido mejorar y especializar la atención a los patrones más representativos para el IMSS en materia de recaudación, y promover el cumplimiento voluntario de las cuotas a través de la implementación de acciones dirigidas a disminuir los costos que enfrentan las empresas en el cumplimiento de sus obligaciones en materia de seguridad social.

Estas acciones han sido determinantes para modernizar la gestión del Instituto y privilegiar el fortalecimiento del cumplimiento voluntario de las obligaciones de seguridad social, de conformidad con las mejores prácticas internacionales y en beneficio de los trabajadores y de los patrones del país. De esta forma, como se reporta en el Capítulo II, en 2014 los ingresos extraordinarios por fiscalización y cobranza ascendieron a 12,262 millones de pesos, 5.1% más que lo ingresado en 2013, mientras que en 2015 esta recaudación fue de 12,793 millones de pesos, 4.3% superior al nivel alcanzado en 2014 (gráfica XII.8).

Una medida adicional para fortalecer los ingresos del Instituto fue la continuidad del programa del “Estímulo al Ingreso”, el cual incentiva a las delegaciones a recaudar y fiscalizar mejor, así como a invertir en proyectos que beneficien a las áreas dedicadas a afiliar y recaudar, ya que este programa estipula que por cada peso recibido, 30% debe destinarse a dichas áreas.

**Gráfica XII.8.**  
**Ingresos por fiscalización y cobranza, real y nominal, 2012-2015<sup>17</sup>**  
(millones de pesos de 2015)



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

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

Fuente: Dirección de Incorporación y Recaudación, IMSS.

En 2015 se repartieron 100 millones de pesos a 24 delegaciones que superaron su meta de ingresos de 2014, con un excedente nacional en ingresos de 1,239 millones de pesos. Este año 2016 se repartirá un estímulo monetario de 530 millones de pesos, que representa 10% del excedente en ingresos alcanzado en 2015, a 29 delegaciones con cumplimiento de meta superior a 100%. De éstas, 21 recibirán el estímulo por segunda ocasión y 8 por primera vez (gráfica XII.9).

Sin embargo, hay que considerar que el IMSS debe hacer frente a un flujo creciente de pagos por pensiones, derivado de los actuales pensionados en curso de pago y de la incorporación al grupo de pensionados de los actuales trabajadores con derecho al Régimen de Jubilaciones y Pensiones. Aunque el pasivo laboral ya no sigue aumentando por las nuevas contrataciones de trabajadores, se continuará con el esfuerzo responsable de los últimos años para incrementar los ingresos propios del Instituto y para hacer un uso más eficiente de sus recursos, lo que ha dado como resultado que el déficit de operación se encuentre bajo control, hecho que se refleja en el uso

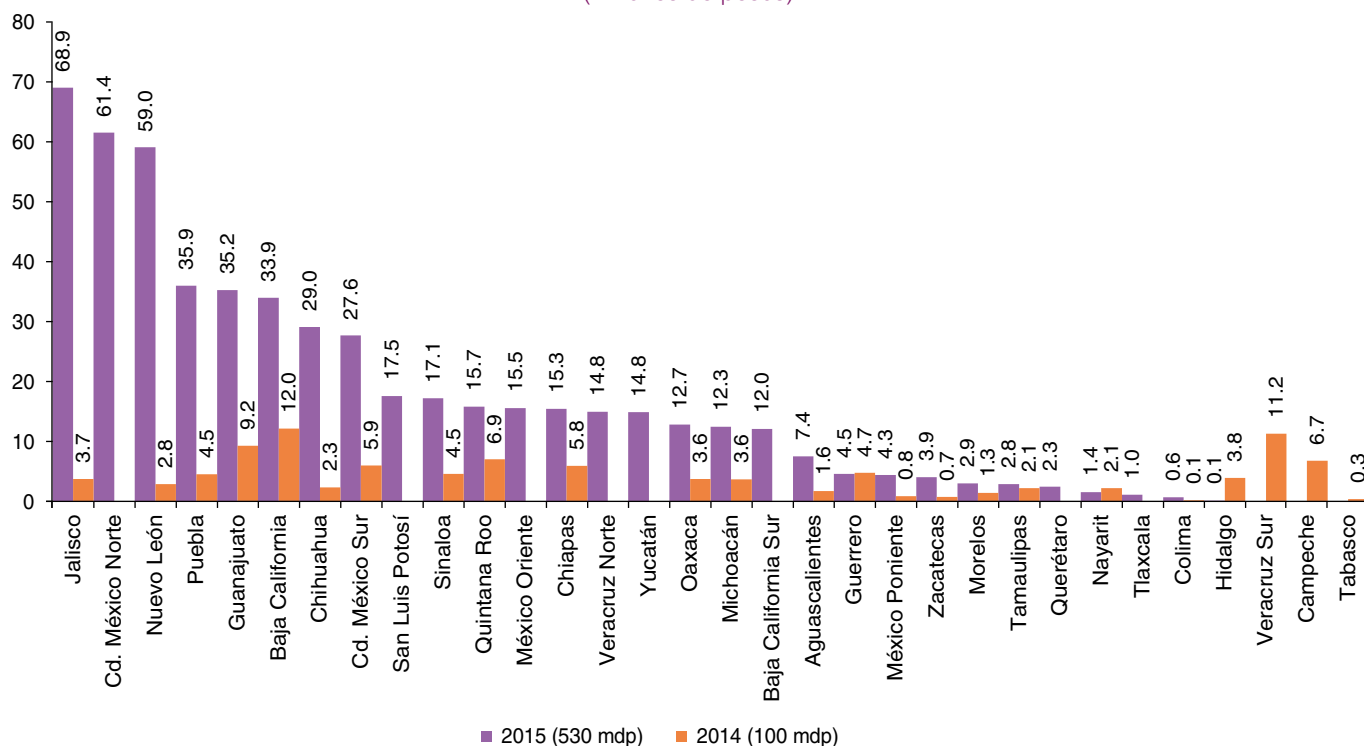
de las reservas efectuado en los últimos 3 años, como se mencionó anteriormente.

## XII.2. Simplificación y modernización

En un segundo eje, se han llevado a cabo acciones para mantener y acelerar los procesos de simplificación de trámites y modernización de la infraestructura y equipamiento.

Hasta antes de 2012, las capacidades tecnológicas en el IMSS no avanzaron al mismo ritmo que los adelantos en tecnología ni conforme al continuo crecimiento de derechohabientes, personal e instalaciones, lo que generó una desarticulación de los sistemas informáticos y de comunicación, con altos costos de operación, donde entre 75% y 85% del gasto en tecnologías de la información y comunicación se destinaba a mantener la operación. Todo el modelo de atención del IMSS era presencial, con largas filas, llenado de formularios a mano y presentación de documentos en original y copias.

**Gráfica XII.9.**  
**Estímulo al ingreso, 2014-2015**  
(millones de pesos)



mdp: millones de pesos.

Fuente: Dirección de Incorporación y Recaudación, IMSS.

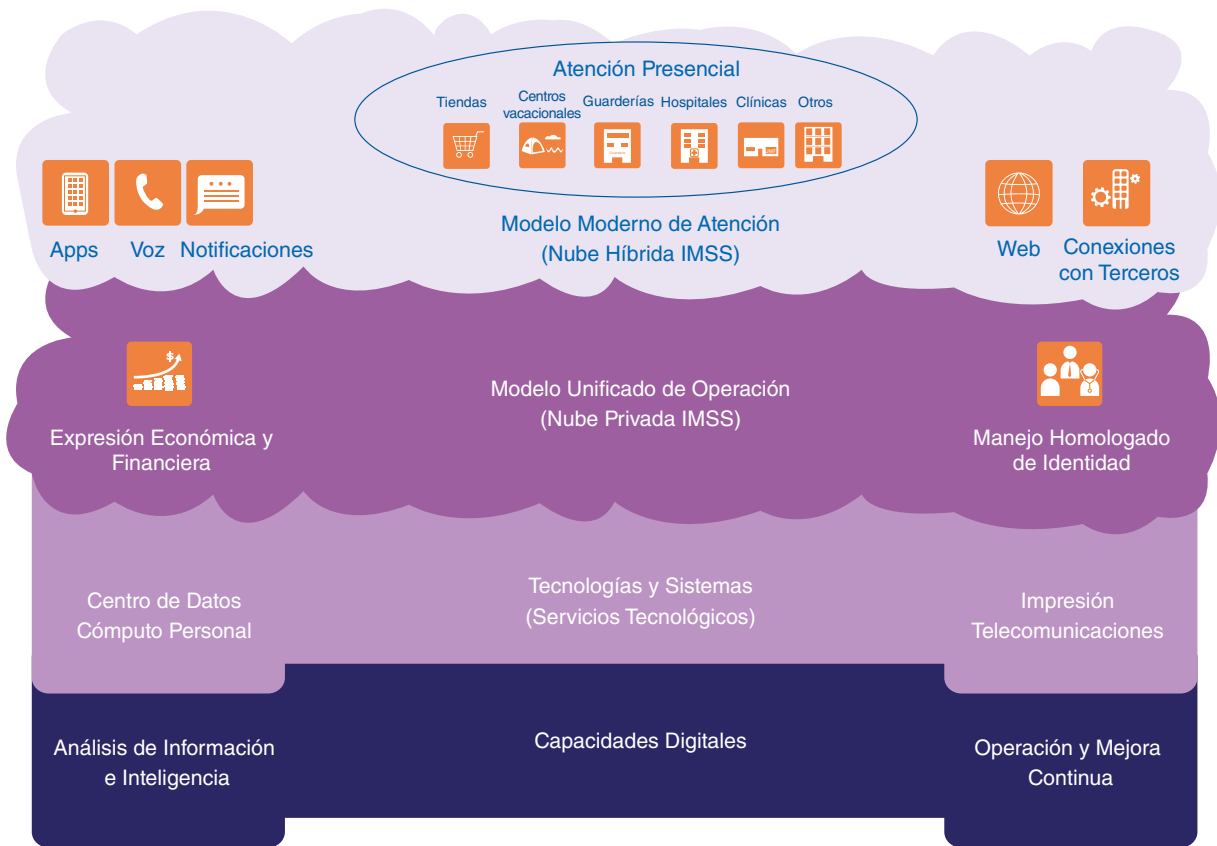
Para corregir esta tendencia, durante la presente Administración se llevó a cabo un ambicioso programa de simplificación, desregulación y digitalización de trámites, para disminuir los tiempos y costos que los ciudadanos invierten en realizar trámites de alto impacto, mejorando así el servicio otorgado a derechohabientes y empresas del país, al tiempo que se generan ahorros directos e indirectos para el Instituto. Esta estrategia se engloba en el programa IMSS Digital, que extiende la atención hacia canales digitales alternativos, más eficientes y más ágiles.

La arquitectura IMSS Digital, como se mencionó en el Informe pasado, se conforma de 4 capas: i) Modelo Moderno de Atención; ii) Modelo Unificado de Operación; iii) Tecnologías y Sistemas, y iv) Capacidades Digitales (gráfica XII.10).

## XII.2.1. Modelo Moderno de Atención

Entre 2015 y 2016, el Modelo Moderno de Atención se fortalece con el despliegue de un nuevo canal de atención no presencial, la aplicación móvil “App IMSS Digital”, que fortalece la ventanilla de atención como el sitio web “Acercando el IMSS al Ciudadano”. Mediante esta aplicación móvil se puede acceder a distintos servicios digitales con calidad transaccional dentro de los más demandados por los derechohabientes, entre ellos, la Asignación o Localización del Número de Seguridad Social, Consulta de Clínica, Alta y Cambio de Clínica, Consulta de Vigencia de Derechos. Desde su liberación, la “App IMSS Digital” ha sido descargada más de 175 mil veces y a través de ella se han realizado más de 380 mil trámites.

**Gráfica XII.10.  
Arquitectura IMSS Digital**



Adicionalmente, para favorecer la accesibilidad de los 2.1 millones de derechohabientes que viven con alguna discapacidad, en un hecho sin precedente, haciendo sinergia con la Secretaría de Desarrollo Social, el Consejo Nacional para el Desarrollo y la Inclusión de las Personas con Discapacidad y Fundación IMSS, en marzo de 2016 se presentó “IMSS Digital para Todos”. Mediante este esquema, en línea con el Programa Nacional para el Desarrollo e Inclusión de las Personas con Discapacidad, el sitio web del Instituto, manteniendo su estructura original, puede ser consultado y navegado por los derechohabientes que viven con alguna discapacidad, visual, motriz o auditiva, brindando una experiencia simple, intuitiva y personalizada.

## XII.2.2. Modelo Unificado de Operación

De 2015 a lo que va de 2016 se diseñaron y habilitaron distintos servicios de información para consumo de las áreas de negocio del Instituto a partir de un Modelo Unificado de Operación, que han permitido la mejora y eficiencia de varios procesos a través del componente de la Nube Privada IMSS.

Entre estos servicios se encuentran aquellos para la identidad y vigencia de derechos de los asegurados y sus beneficiarios, para la comprobación de supervivencia, para identificar si la farmacia de la Unidad de Medicina Familiar no cuenta con el medicamento prescrito (en cuyo caso se emite un vale para ser canjeado en cualquier farmacia del Programa “Tu Receta es tu Vale” en la Ciudad de México o bien

en el Centro de Canje de Medicamentos), para la administración de servicios integrales, y para realizar gestiones y trámites de atención y consulta hospitalaria.

Con todos estos servicios de información de la Nube Privada IMSS se facilita la interoperabilidad entre los sistemas y servicios, tanto de IMSS Digital como de entidades externas en beneficio de los derechohabientes.

### XII.2.3. Tecnologías y sistemas

El Instituto dejó atrás el modelo de tecnologías de autoconsumo para adoptar modelos de consumo bajo demanda que fortalezcan la infraestructura tecnológica.

Actualmente, el servicio tercerizado de Centro de Datos permite al IMSS contar con altos niveles de disponibilidad y de servicio en los sistemas, lo cual contribuye a hacer más eficiente la operación del Instituto. A mayo de 2016, se han migrado 82 de 185 aplicativos que se encontraban en los Centros Nacionales de Tecnología Informática del Instituto, 31 de ellos críticos como IMSS Desde Su Empresa (IDSE) y Expediente Clínico Electrónico (ECE).

La red de telecomunicaciones inició en septiembre de 2015 el proceso de migración de más de 1,800 sitios (unidades médicas, guarderías, velatorios, entre otros), y que tendrán un aumento de 12 veces en ancho de banda, lo que permitirá mejorar el funcionamiento de los sistemas que operan en el Instituto, especialmente en las Unidades Médicas.

### XII.2.4. Capacidades digitales

La transformación del área de tecnología e innovación del IMSS realizada desde 2013 ha derivado en 2 reestructuras para la Dirección de Innovación y Desarrollo Tecnológico. Una, para pasar de un área que atendía requerimientos departamentales, con agendas digitales no unificadas, a ser una Dirección

**Cuadro XII.3.**  
**Trámites digitalizados**

	<b>Trámite</b>	<b>Servicios digitales</b>
Derechohabientes	Actualización de datos de derechohabientes	17
	Asignación o localización de Número de Seguridad Social	2
	Consulta de vigencia de derechos	2
	Contratación de seguros voluntarios e incorporación voluntaria	2
	Certificación al derecho de retiro por desempleo	1
	Consulta de semanas cotizadas	1
	Corrección de datos de asegurado	1
	Incorporación voluntaria de trabajador doméstico	1
	Seguro de salud para la familia	1
	Patrones	Movimientos patronales
Correcciones patronales		3
Consulta del estado de adeudo		2
Alta patronal de persona física		1
Alta patronal de persona moral		1
Comprobante fiscal digital por Internet		1
Constancia de cumplimiento de las obligaciones fiscales en materia de seguridad social (32 D)		1
Régimen de Incorporación a la Seguridad Social		1
Sistema de Pago Referenciado (SIPARE)		1

Fuente: Dirección de Innovación y Desarrollo Tecnológico, IMSS.

con una agenda digital conjunta. Y otra, para fortalecer la coordinación de los temas tecnológicos con las delegaciones; en lugar de concentrar las contrataciones asociadas a tecnologías de la información y comunicación a nivel central con poco involucramiento de las delegaciones, hoy el Instituto habilita un nuevo modelo de consumo bajo demanda y desarrolla las capacidades locales de contratación a través de un presupuesto local con base en estándares técnicos y administrativos diseñados centralmente. Esta nueva plataforma de contratación es de gran impacto y responsabilidad a nivel local, involucrando a las delegaciones en la planeación, ejecución y gasto.

Así, con todas estas acciones, el IMSS avanza en la modernización de los procesos y en la mejora de los servicios que brinda, de forma que hoy se cuenta con 18 trámites digitales que se realizan de punta a punta

por Internet y que han resultado en la creación de 46 servicios digitales (cuadro XII.3), todos en beneficio de derechohabientes y patrones.

La meta para este año es simplificar y digitalizar 5 de los trámites más comunes en materia de afiliación realizados por trabajadores y patrones, tales como corrección de datos de derechohabientes, afiliación por Internet y notificación a patrones sobre siniestros de trabajo, que en conjunto implican la digitalización de 1.2 millones de trámites por año, evitando que derechohabientes y patrones tengan que llenar formatos, hacer filas innecesarias y realizar trámites de forma presencial.

El reto para lo que resta de la actual Administración es incrementar el uso de los servicios digitales, continuar con la liberación de trámites digitales y lograr que la población se beneficie de todos estos servicios.

### **XII.2.5. Modernización de infraestructura y equipamiento**

La modernización realizada a nivel digital también abarca a la infraestructura institucional y la prestación de los servicios en los 3 niveles de atención en el IMSS.

Desde el inicio de la presente Administración se decidió revisar el modelo de inversión en obra pública del Instituto para obtener un modelo más eficiente y optimizado, que permitiera la adecuada prestación de los servicios médicos.

Lo anterior permitió el desarrollo de nuevos prototipos de Unidades de Medicina Familiar que reducen los costos de construcción prácticamente a la mitad y que implicarán un menor gasto de operación y mantenimiento, con lo que se podrá contar con las instalaciones o servicios necesarios para atender con calidad y oportunidad a los derechohabientes, y se podrá hacer frente a la creciente demanda de servicios médicos e incrementar la cobertura del primer nivel de atención de una manera costo-efectiva.

De esta manera, el presupuesto del ejercicio 2015 se destinó a la conclusión y equipamiento de las obras iniciadas en ejercicios anteriores, a la construcción por sustitución de distintas Unidades Médicas y Hospitales, a la ampliación y remodelación de servicios en hospitales, la conclusión de la instalación de escaleras de emergencia en guarderías y la sustitución de equipo electromecánico en Unidades Médicas, cuyo detalle se presenta en el Capítulo XI.

En este contexto, vale la pena destacar que el Instituto inició la construcción de 4 Hospitales Generales en un mismo ejercicio y continúa la construcción de 4 nuevas Unidades de Medicina Familiar en Hidalgo, Jalisco, Michoacán y Veracruz, así como la sustitución de 5 más en Michoacán, Oaxaca, Sinaloa y Sonora. Con estas obras se incrementará la capacidad instalada del Instituto y se fortalecerá la infraestructura institucional, la atención y la prestación de los servicios.

### **XII.3. Mejora de los servicios médicos**

Con el propósito de atender uno de los grandes objetivos del IMSS de privilegiar la calidad y calidez de los servicios de salud de los derechohabientes, sin descuidar el saneamiento financiero, el Instituto se ha enfocado en distintas estrategias para la mejora de los servicios médicos; esto es, mejorar la gestión de la atención médica otorgada en todos los niveles, para poder satisfacer la creciente demanda de servicios.

Así, durante la primera mitad de la presente Administración, se desarrollaron diversas iniciativas para generar eficiencia en los procesos de atención médica, mismas que se encuentran en diversas etapas de maduración y expansión. A partir de este año, algunas de estas iniciativas están siendo replicadas a nivel nacional con el fin de incidir en los tiempos de espera, la atención oportuna y el acceso efectivo para lograr una mayor calidad y calidez en los servicios en beneficio de los derechohabientes.

### XII.3.1. Estrategias para mejorar la gestión y eficiencia de los procesos médicos

Entre las estrategias que se llevaron a cabo en 2015 y que continúan en 2016 para mejorar la gestión y eficiencia de los procesos médicos, destacan 3 que inciden directamente en el acceso a la Consulta Externa:

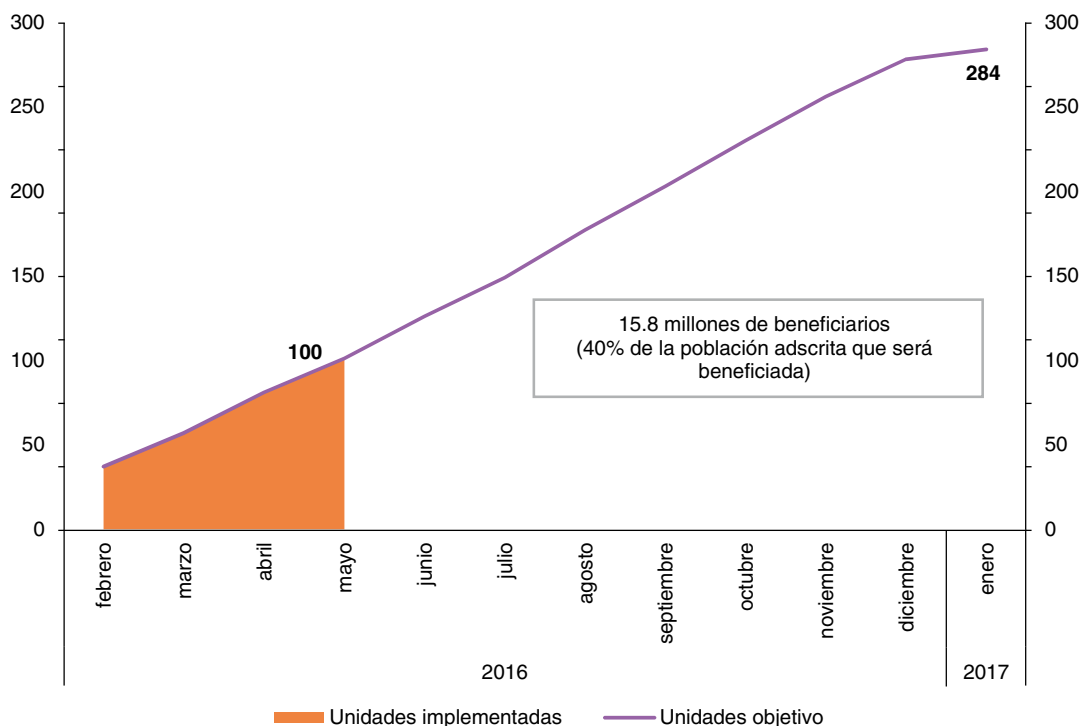
#### Unifila: pacientes sin cita

El objetivo de esta estrategia es incrementar la accesibilidad y oportunidad en la atención a derechohabientes sin cita o espontáneos que acuden a las Unidades de Medicina Familiar. Unifila consiste en reorganizar la agenda de los médicos en el primer nivel de atención, incluyendo más espacios para los pacientes sin cita y la implementación de un módulo de Unifila para la transferencia de pacientes a consultorios médicos con disponibilidad de espacio. Esta estrategia permite también reasignar las citas de los pacientes que no se presentan puntualmente y las

citas canceladas, abriendo mayores espacios para la atención de los pacientes espontáneos.

Este programa se implementó inicialmente en marzo de 2015 como una prueba piloto en 6 Unidades de Medicina Familiar del Área Metropolitana de la Ciudad de México. Previo a esta intervención, los pacientes sin cita esperaban hasta más de 2 horas en promedio para recibir una consulta, y en estos pilotos, 37% de los derechohabientes esperó menos de 30 minutos. Debido a los beneficios que ofrece esta iniciativa, durante 2015 se implementó en 31 unidades adicionales, abarcando todas las delegaciones del país. En 2016 se extendió la implementación de esta iniciativa a nivel nacional, teniendo como meta llegar a un total de 284 Unidades de Medicina Familiar (UMF) a principios de 2017, dando servicio a 70% de la población total adscrita. Actualmente, esta iniciativa se ha implementado en 100 unidades. Se estima terminar junio con 25 unidades adicionales, con lo que se alcanzará un total de 125 unidades implementadas (gráfica XII.11).

**Gráfica XII.11.**  
**Unifila. Avance de implementación 2016**



Fuente: Unidad de Planeación Estratégica Institucional, IMSS.



## Receta Resurtible

El mecanismo de Receta Resurtible permite que los pacientes con enfermedades crónicas controladas puedan contar con sus medicamentos prescritos por su médico para un periodo de hasta 90 días sin necesidad de acudir a consulta médica.

Esta estrategia inició en agosto de 2013 con 10 enfermedades crónicas en primer nivel. En 2015 se emitieron 4 millones de Recetas Resurtibles, las cuales liberaron 8 millones de consultas, equivalente a haber construido 120 Unidades de Medicina Familiar. Debido al éxito que ha tenido esta iniciativa, en el presente año se incluirán 7 enfermedades adicionales.

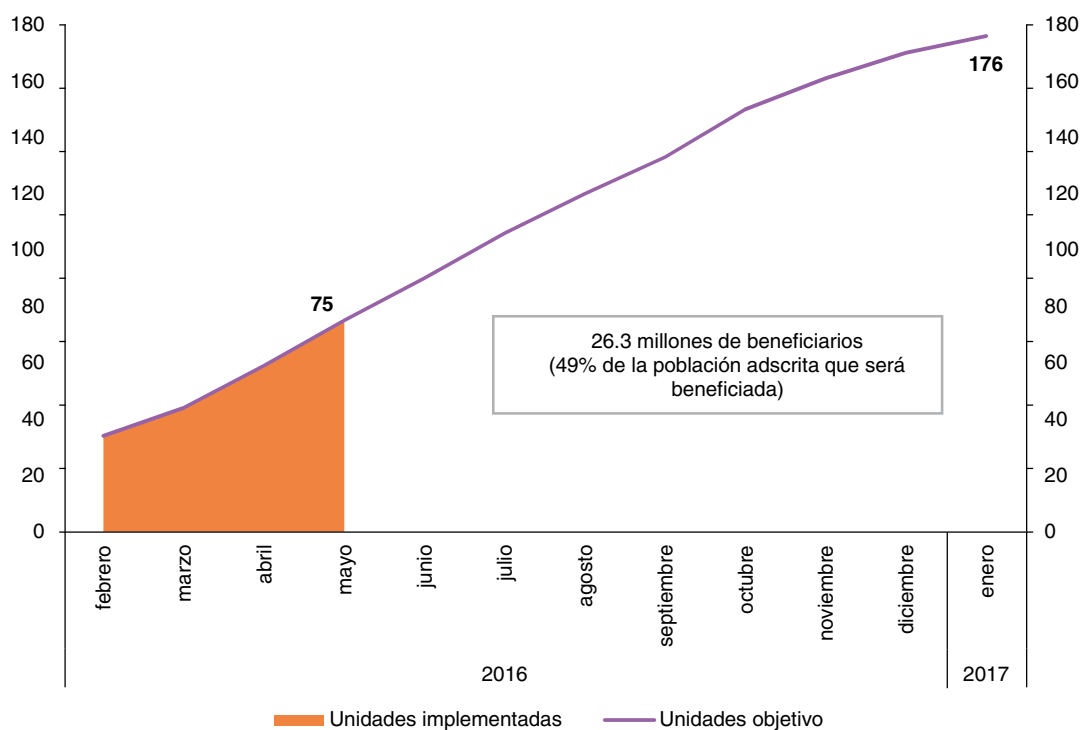
Por otra parte, en noviembre de 2014, se implementó la Receta Resurtible en la Consulta de Especialidades en 6 hospitales, incluyendo como único padecimiento el VIH-SIDA. Para incrementar el impacto y los beneficios del programa, durante el segundo semestre de 2015 se extendió hasta alcanzar 19 padecimientos crónicos en hospitales con Expediente Clínico Electrónico y en una UMAA de Querétaro en modalidad manual, liberando un total de 33,256 espacios de consulta de especialidades.

## Referencias a segundo nivel de atención

De los análisis realizados durante 2014, se encontró que los pacientes podían tardar hasta 3 horas después de salir de consulta con su médico familiar para tramitar la referencia a segundo nivel, y tenían que regresar 2 semanas después para recibir la confirmación de su cita. Para reducir estos tiempos, en 2015 se implementó una prueba piloto del programa de Referencias en donde se logró completar el trámite de referencia en menos de 30 minutos. Los elementos principales de este programa son la eliminación de la solicitud de firma de Jefe de Servicio y el sello de vigencia, así como la implementación de un Sistema Electrónico de Referencias. Con esto se está logrando homologar los requisitos de referencia y alinear la cartera de servicios entre primero y segundo nivel.

Los resultados favorables obtenidos en las unidades piloto dieron pauta para implementar esta iniciativa en 33 áreas médicas adicionales para abarcar todas las delegaciones del país, y en 2016 se inició la implementación a nivel nacional. Se prevé alcanzar un total de 176 áreas médicas a principios de 2017 beneficiando a 100% de la población total adscrita a médico familiar. Actualmente, se ha implementado la iniciativa en 75 áreas médicas. Se estima terminar junio con 15 áreas médicas adicionales, con lo que se alcanzará un total de 90 áreas médicas implementadas (gráfica XII.12).

**Gráfica XII.12.**  
**Referencias a segundo nivel de atención. Avance de implementación 2016**



Fuente: Unidad de Planeación Estratégica Institucional, IMSS.

### XII.3.2. Estrategias para reorganizar la atención médica

En el Instituto se están llevando a cabo estrategias que buscan reorganizar la atención médica para eliminar los principales cuellos de botella en el transitar de los derechohabientes por los servicios de salud.

#### Urgencias (Triage)

Se identificaron 2 problemas principales en los servicios de Urgencias. El primero es que el flujo de atención de los pacientes iniciaba con el trámite de identificación de vigencia de derechos, y el segundo es la saturación en el área de camillas del área de Observación con demora para ingresar a una cama de hospitalización.

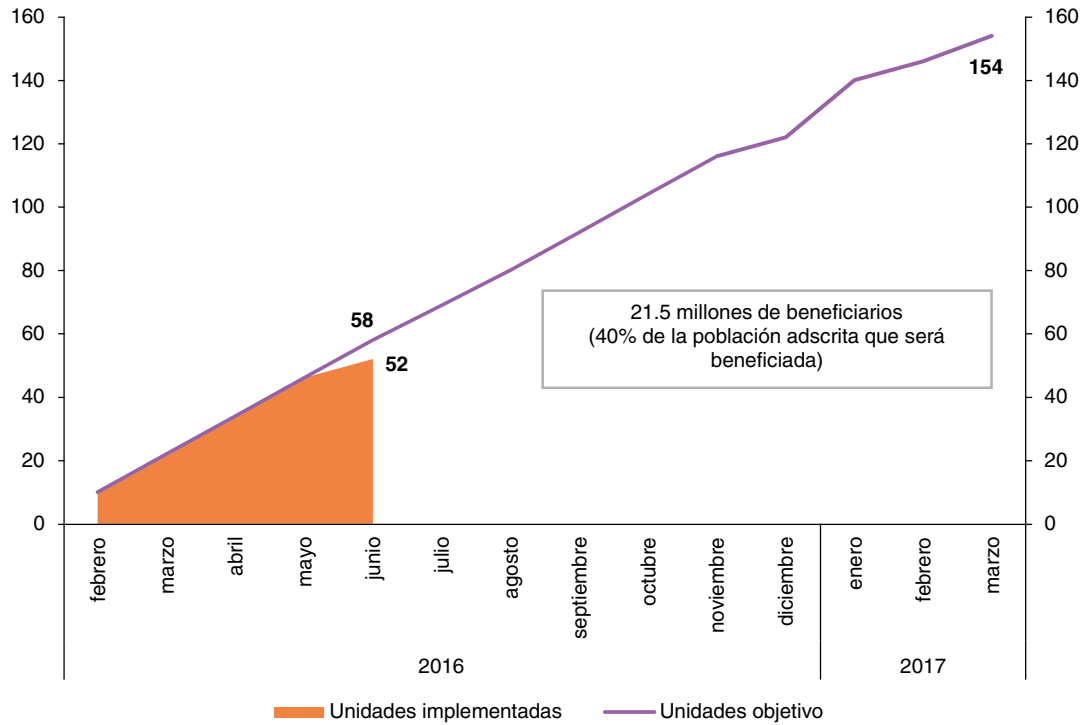
Para atender esta problemática, en 2015 se realizó una prueba piloto en 10 hospitales en donde se reorganizó el flujo de atención para garantizar que la primera acción al arribo del paciente al servicio de

Urgencias sea la clasificación *Triage*. Esta clasificación permite que de acuerdo con el estado clínico se determine que el paciente grave sea atendido inmediatamente, el que presenta emergencia relativa sea evaluado por un médico antes de 30 minutos, y el que se encuentra estable o no presenta urgencia sea atendido en un rango de 120 a 180 minutos, dejando el proceso de verificación de la vigencia posterior a su clasificación. Gracias a los beneficios resaltados en los pilotos, en 2016 se decidió iniciar la implementación a nivel nacional de esta iniciativa para cubrir un total de 154 hospitales a principios de 2017, beneficiando a 100% de la población adscrita a médico familiar. A mayo de 2016 se contaba con 52 hospitales implementados y se estima concluir junio con 6 hospitales más (gráfica XII.13).

#### Gestión de camas

Uno de los principales cuellos de botella identificados para ingresar pacientes al piso de hospitalización se relacionaba con la falta de camas disponibles, por lo

**Gráfica XII.13.**  
**Urgencias. Avance de implementación 2016**

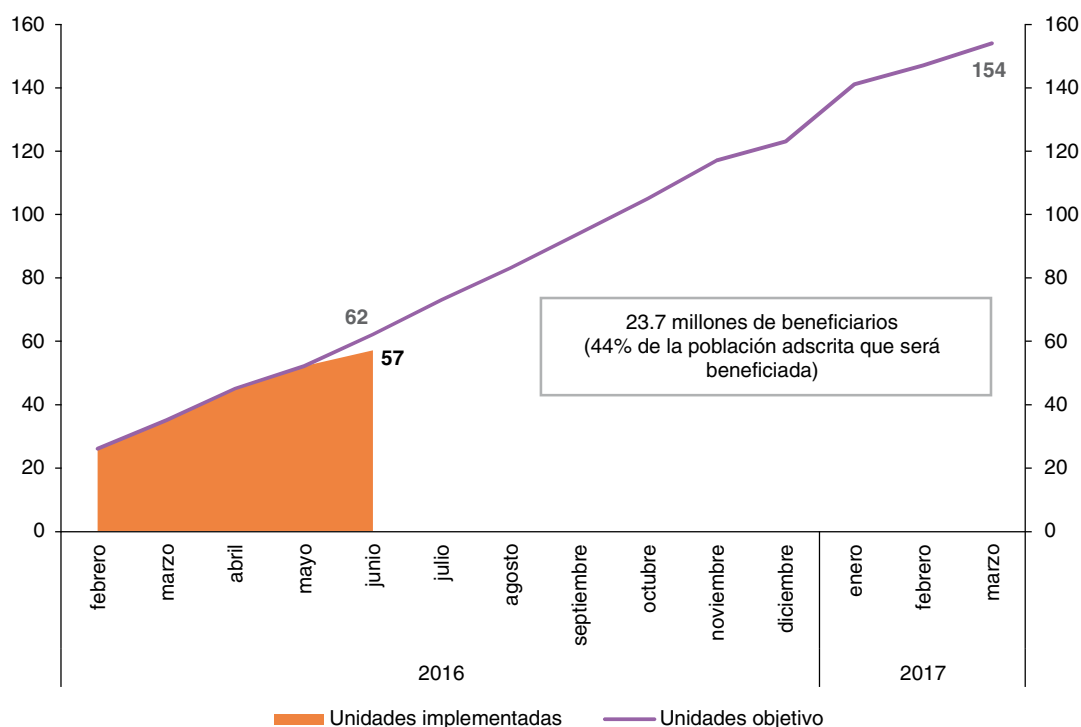


Fuente: Unidad de Planeación Estratégica Institucional, IMSS.

que los pacientes tenían que esperar varias horas para ser ingresados. Buscando disminuir estos tiempos de espera y la optimización de la infraestructura de camas en segundo nivel, en 2014 se inició el programa piloto del Sistema de Gestión de Camas en 2 hospitales. Esta iniciativa consiste en el fortalecimiento de prealta y de alta efectiva y en la creación de un equipo multidisciplinario conformado por médicos, trabajadoras sociales, asistentes médicas, enfermeras, personal de limpieza y conservación para reforzar y facilitar el proceso de egreso de pacientes y conocer la disponibilidad de camas.

Antes de la implementación de esta iniciativa una cama duraba, en promedio, 22 horas vacía. Con esta iniciativa se estima reducir este tiempo a 3 horas. En 2015 se inició el despliegue en 24 hospitales adicionales y en 2016 se comenzó la implementación a nivel nacional, teniendo como meta llegar a un total de 154 hospitales a principios de 2017, beneficiando a 100% de la población adscrita a médico familiar. Se estima terminar junio con 62 hospitales implementados (gráfica XII.14).

**Gráfica XII.14.**  
**Gestión de camas. Avance de implementación 2016**



Fuente: Unidad de Planeación Estratégica Institucional, IMSS.

## Uso eficiente de quirófanos

Debido a la ausencia de cirugías programadas, los fines de semana no se utilizaban los quirófanos, dejando desaprovechada la capacidad instalada. Ante esta situación se tomaron 2 acciones con el apoyo del Sindicato Nacional de Trabajadores del Seguro Social: ampliar la programación de cirugías a fines de semana, y contratar cirujanos para trabajar en esos días.

De esta manera, por primera vez en la historia del IMSS, en mayo de 2016 arrancó oficialmente el programa para utilizar los quirófanos en sábado y domingo. Con esto, se ampliará hasta en 40% la disponibilidad de quirófanos que serán operados por los 12,000 médicos que se espera que se gradúen en los siguientes 3 años, lo que permitirá abatir el rezago quirúrgico y optimizar el servicio para quienes requieren de una pronta intervención.

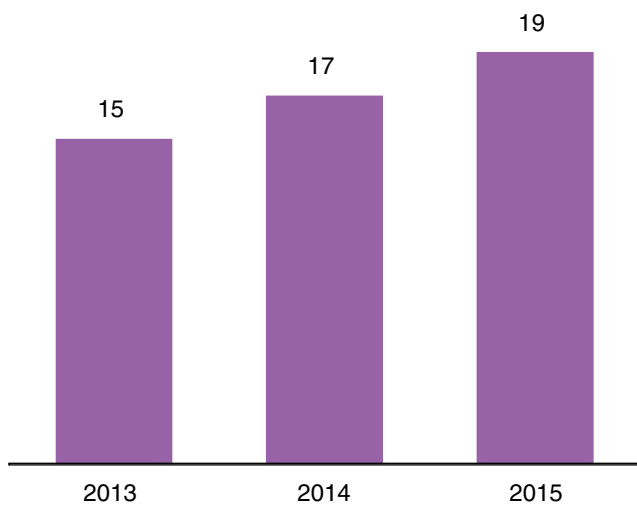
Esta medida se complementará con mayor capacidad resolutoria del primer nivel, intercambio de servicios entre instituciones y con las Jornadas Médico-Quirúrgicas de IMSS-PROSPERA.

## XII.3.3. Encuentros Médico-Quirúrgicos

Con casi 20 años de vigencia, los Encuentros Médico-Quirúrgicos surgieron ante la necesidad de ampliar los servicios médicos que habitualmente se otorgan en los hospitales rurales de IMSS-PROSPERA, acercando los servicios de alta especialidad del IMSS a la población que vive en condiciones de marginación y pobreza. En muchos casos, estos Encuentros son el único medio para que las personas que habitan en las áreas más alejadas del país puedan ser valoradas y atendidas en especialidades que, de otra manera, sólo podrían atenderse en ciudades con hospitales de alta concentración y para población abierta, con un significativo impacto en su economía.

En los Encuentros Médico-Quirúrgicos se han incorporado principalmente las especialidades de Oftalmología, Ginecología Oncológica, Cirugía Reconstructiva, Urología, y Cirugía Pediátrica. Durante 2015, en coordinación con la Dirección de Prestaciones Médicas del IMSS, se realizaron 19 Encuentros (gráficas XII.15 y XII.16) en 14 delegaciones, donde fueron valoradas 14,133 personas y se efectuaron 5,151 procedimientos quirúrgicos.

**Gráfica XII.15.**  
**Encuentros Médico-Quirúrgicos efectuados, 2013-2015**



Fuente: Unidad del Programa IMSS-PROSPERA

Los Encuentros Médico-Quirúrgicos son un modelo eficiente de atención médica de alta especialidad que permite reducir costos y tiempo. Se ha estimado que el costo de una cirugía de cataratas realizada en esta modalidad es 50% menor que el costo en el Régimen Ordinario del IMSS. Además, la productividad de los médicos bajo este modelo es más del doble.

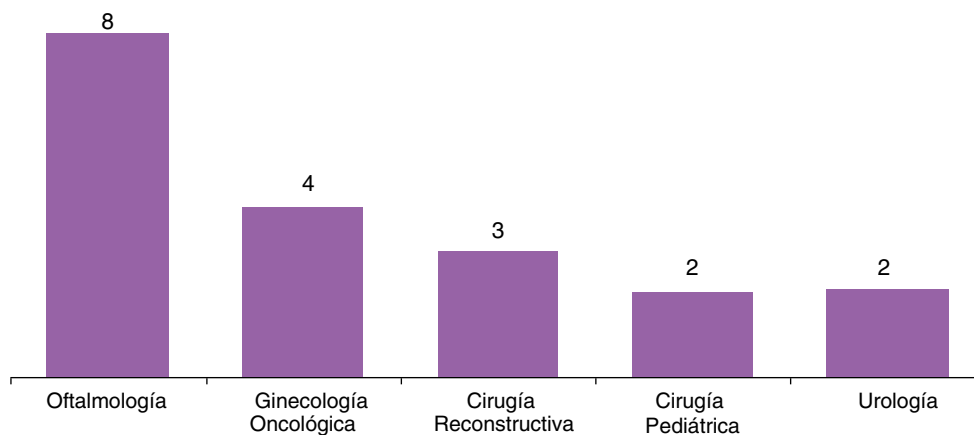
Gracias al éxito de esta estrategia en IMSS-PROSPERA, se decidió aplicarla en hospitales del Régimen Obligatorio para disminuir el rezago quirúrgico de cirugías de cataratas. En 2015 se realizaron 6 Encuentros Médicos de Oftalmología en 6 delegaciones diferentes y su productividad se muestra en el cuadro XII.4.

**Cuadro XII.4.**  
**Productividad Encuentros Médico-Quirúrgicos de Oftalmología en Régimen Ordinario, 2015**

Concepto	Productividad
Número de Encuentros realizados	6
Número de pacientes atendidos	1,498
Número de pacientes intervenidos quirúrgicamente	1,438
Número de procedimientos quirúrgicos	2,826

Fuente: Dirección de Prestaciones Médicas, IMSS.

**Gráfica XII.16.**  
**Encuentros Médico-Quirúrgicos efectuados 2015**



Fuente: Unidad del Programa IMSS-PROSPERA.

### **XII.3.4. Estrategias para fortalecer la prevención y detección de enfermedades crónico-degenerativas**

Finalmente, para continuar con las medidas orientadas a mejorar la calidad y calidez de los servicios que otorga el IMSS, la presente Administración ha puesto un énfasis especial en la construcción de una cultura de prevención de enfermedades.

Existe evidencia de que mantener una dieta saludable, realizar actividad física diaria y acudir a los chequeos médicos de manera regular, reduce drásticamente las probabilidades de desarrollar alguna enfermedad como la obesidad y la diabetes, que pueden derivar en complicaciones adicionales y perjudiciales para la salud.

Es por ello que PREVENIMSS integra acciones de promoción de la salud, prevención y detección de enfermedades, y durante 2015 se realizaron 30.2 millones de chequeos en los 3,651 módulos de atención preventiva y con las estrategias de extensión en las empresas y escuelas, dando así cumplimiento a la instrucción presidencial de que en 2015, al menos 30 millones de derechohabientes se hagan el chequeo de PREVENIMSS.

El fortalecimiento de la prevención permitirá incrementar la productividad de los trabajadores para consolidar el crecimiento y desarrollo en México, porque una población más sana es una población más productiva.

Por otra parte, la detección oportuna de enfermedades crónicas no transmisibles está enfocada a 5 padecimientos prioritarios: diabetes mellitus, hipertensión arterial, insuficiencia renal, hipercolesterolemia, cáncer cérvico-uterino y de mama. Así, año tras año, el número de derechohabientes a los que se les realizan estas detecciones ha aumentado.

En 2015 se realizaron casi 5.9 millones de detecciones de diabetes mellitus, 15.8 millones de detecciones de hipertensión arterial, y poco más de 1 millón de mastografías en mujeres de 50 a 69 años de edad, 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 del país.

Las acciones preventivas y de tratamiento oportuno desarrolladas han permitido que la tendencia de la mortalidad de los padecimientos antes descritos vaya a la baja, con mayor impacto en los derechohabientes, como se describe en el Capítulo V, de acuerdo con el análisis comparativo entre derechohabientes y no derechohabientes del IMSS durante el periodo 1998 a 2014.

A pesar de estos resultados, 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.

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; por ello, el diagnóstico y tratamiento oportunos son fundamentales para reducir complicaciones, costos y mortalidad.

Es por ello que 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 les realice la reperfusión o apertura de la arteria antes de 90 minutos en una sala de Hemodinamia (en hospitales de tercer nivel) o la terapia fibrinolítica (en hospitales de segundo nivel) en los primeros 30 minutos de su llegada al servicio.

La instrumentación del Código Infarto se inició como piloto el mes de febrero de 2015 en el Hospital de Cardiología del Centro Médico Nacional “Siglo XXI” y en su área de influencia. A un año del inicio del piloto se han incluido 850 pacientes, se incrementó la reperfusión en 40% y se ha disminuido la mortalidad más de 50%.

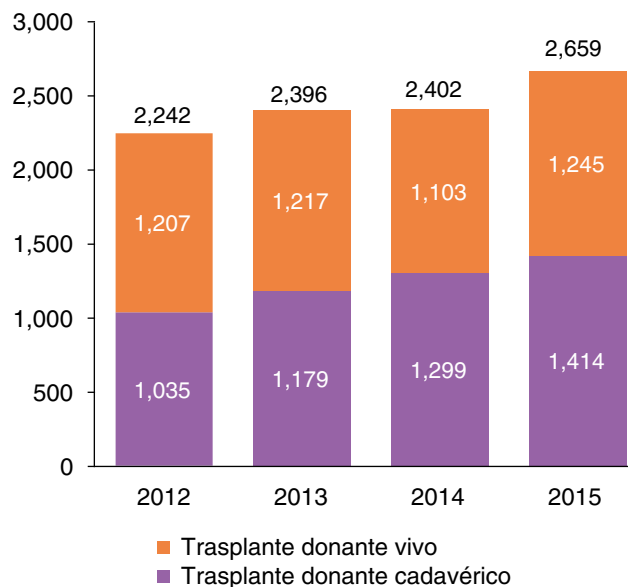
Los resultados obtenidos permiten visualizar la implementación de Código Infarto en al menos un total de 12 Centros Médicos de tercer nivel de atención y sus áreas médicas distribuidos en todo el país al final de esta Administración, objetivo en el que se trabajará de forma puntual, a fin de consolidar al IMSS como pionero en la implementación de esta estrategia.

Los trasplantes representan la mejor opción de tratamiento para las enfermedades crónico-degenerativas susceptibles a este procedimiento, ya que permite mejorar la calidad y cantidad de vida y en el caso del trasplante renal o de córnea, genera ahorros de hasta 40%.

El Instituto realiza 57% del total de trasplantes renales y 71% de los trasplantes de corazón practicados en el Sistema Nacional de Salud. La realización de trasplantes en el IMSS se incrementó 10.1% en 2015 respecto al año previo, pasando de 2,402 a 2,659 (gráfica XII.17). La sobrevivencia del injerto trasplantado a un año fue superior a 92%, cifra similar a la de los países desarrollados. Con estos resultados se da cumplimiento a la instrucción presidencial de incrementar 10% la realización de trasplantes.

Además, hoy se tiene una mayor red hospitalaria de donación compuesta por 62 hospitales (comparado con los 38 que existían en 2008), lo que permite procurar órganos y tejidos en un mayor número de Unidades. Asimismo, se ha registrado un aumento en el número de Coordinadores Hospitalarios de Donación, de 4 en 2008 a 42 en 2015. Estas acciones permitieron incrementar la donación cadavérica multiorgánica en 34.5%, pasando de 446 en 2014 a 600 en 2015, lo que

**Gráfica XII.17.**  
**Trasplantes en el IMSS, 2012-2015**



Fuente: Dirección de Prestaciones Médicas, IMSS.

significa una tasa de 10.6 donaciones por millón de derechohabientes y lo que llevó a incrementar en 11% los trasplantes de donante cadavérico pasando de 1,299 en 2014 a 1,414 en 2015. De esta manera, se atiende la instrucción presidencial de incrementar 10% la realización de trasplantes y fortalecer la donación cadavérica.

### XII.3.5. Formación del personal de salud

El IMSS, preocupado por la capacitación médica continua y la atención de la alta demanda de servicios médicos de calidad, ha continuado fortaleciendo la formación de personal de salud.

El Instituto es líder en el país en formación de médicos especialistas. Para el ciclo académico 2015-2016 el Instituto cuenta con 12,778 médicos en formación, cifra superior a los 12,600 médicos registrados en 2014.

Para fortalecer la calidad y seguridad de los servicios médicos, se contempla la creación de más Centros de Simulación Médico-Quirúrgica en el país en

los próximos 3 años para que los médicos residentes puedan practicar y simular diversos procedimientos antes de realizarlos en los pacientes.

## **XII.4. Consideraciones finales**

En el Instituto Mexicano del Seguro Social continuaremos con la disciplina financiera implementada durante el periodo 2013-2015, con un manejo responsable y predecible del gasto, así como generando eficiencia en la incorporación y recaudación.

Hoy el IMSS cuenta con una estrategia robusta de reasignación de recursos para incrementar la calidez y calidad de los servicios de salud y seguridad social que proporciona, a través del escalamiento a nivel nacional de las iniciativas ya probadas a través de programas piloto, y de la implementación y escalamiento de nuevas iniciativas que abonen a mejorar la calidad del servicio.

Asimismo, se acelerará la simplificación de trámites que faciliten la interacción del derechohabiente y los patrones con el Instituto, a través de mecanismos digitales no presenciales que reduzcan los costos de transacción para todos los usuarios.

Por otra parte, el IMSS ha reforzado la estrategia de la prevención, impulsando entre sus derechohabientes el cambio de un modelo de salud curativo a uno que privilegie la prevención, mediante campañas y acciones específicas que fomenten la transformación de hábitos alimenticios y la adopción de estilos de vida saludables.

A pesar de que en los últimos 50 años México ha logrado un descenso importante en las tasas de mortalidad, esto se ha acompañado de un cambio igualmente significativo en las principales causas de muerte y discapacidad de la población. Las

enfermedades infecciosas dejaron de ser la principal causa de muerte, para ser reemplazadas por las crónico-degenerativas.

En el IMSS las enfermedades crónico-degenerativas demandan 75% de la atención del Instituto y se encuentran concentradas en la población con 60 años y más. Esto implica un gasto de 79 mil millones de pesos anuales, los cuales se destinan al tratamiento y atención de diabetes mellitus, hipertensión arterial, insuficiencia renal, cáncer cérvico-uterino y de mama. La mayoría de estos problemas de salud son evitables y de aquí la importancia de ir un paso adelante en su detección y prevención.

La Organización Mundial de la Salud estima que 80% de las enfermedades crónico-degenerativas podrían ser prevenidas con ejercicio y una dieta saludable, lo cual permitiría evitar anualmente hasta 47 mil muertes por este tipo de enfermedades; sin embargo, pocos pacientes son conscientes de esta realidad.

A través de PREVENIMSS se invita a los derechohabientes a realizarse chequeos al menos 2 veces por año para prevenir enfermedades que pueden ser curables, como es el caso de la diabetes mellitus tipo 2, la cual es la primera causa de muerte de los mexicanos y una enfermedad que tiene un importante componente asociado al estilo de vida.

El IMSS está decidido a apostarle a la prevención por encima de la curación, haciendo de ella el nuevo modelo del sistema de salud para los mexicanos.

Los resultados obtenidos en los primeros 3 años de la presente Administración han mejorado de manera evidente las finanzas del Instituto, pero con ello no se ha resuelto su situación financiera hacia el mediano y largo plazos. El reto que tiene el Instituto Mexicano del Seguro Social y con él, los sectores



público, social y privado que lo integran, es seguir encontrando esquemas de operación que le den día a día sustentabilidad financiera, espacios de mejora operativa, de eficiencia y mejores resultados en la recaudación, en la administración de los recursos financieros, en la contratación de bienes y servicios, y en el uso cada vez más eficiente de esos bienes y servicios. Se requiere institucionalizar la transformación que iniciamos; se requiere que esa transformación avance y se profundice; se requiere seguir cambiando viejos modelos y formas de pensar. La fortaleza y colaboración de los trabajadores, los patrones y los derechohabientes son los componentes para lograrlo.