

El presente Informe es resultado de la actualización del análisis sobre la situación financiera del IMSS y su evolución durante el 2013 y principios del 2014. Este capítulo recopila las principales acciones realizadas y los 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 IMSS. Objetivos 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 la seguridad social para todos en el largo plazo.

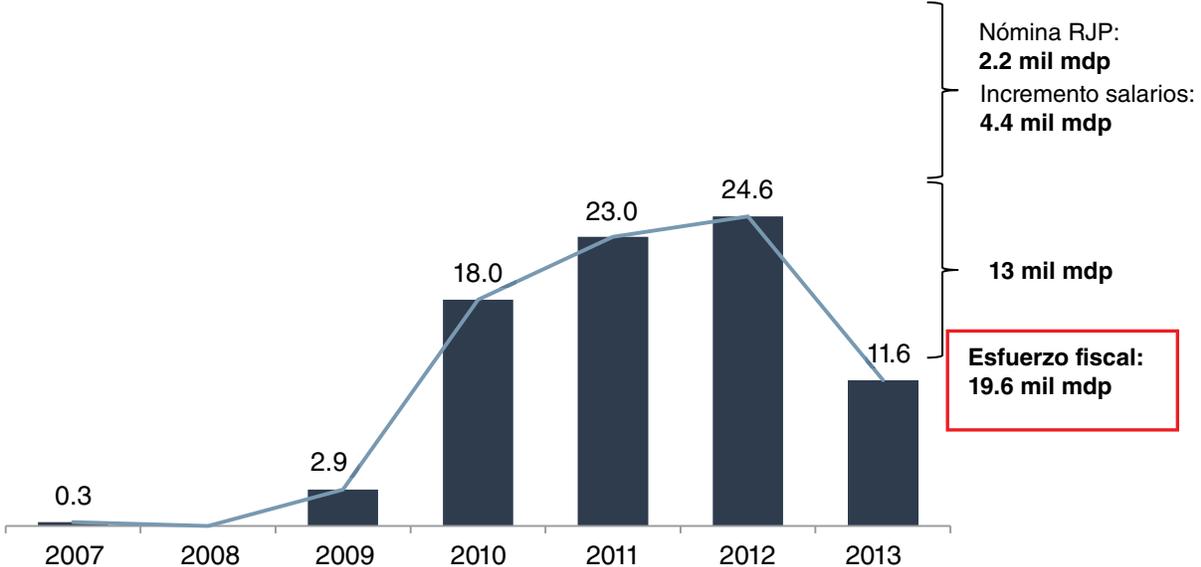
El Capítulo I detalla que el IMSS enfrenta un panorama financiero complicado, derivado tanto de factores exógenos como endógenos. Los principales factores exógenos son las transiciones demográfica y epidemiológica. La transición demográfica implica que la población está experimentando un envejecimiento natural en el cual hay menos trabajadores por retirado y los retirados 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, detallada en el Capítulo V, es una transición natural de una economía emergente y presenta un doble reto: El primero es que las enfermedades como las infecciones respiratorias, las diarreas y los accidentes siguen siendo el principal motivo de demanda de atención en los servicios de Urgencias y de atención de primera vez en Medicina Familiar. El segundo es que las enfermedades crónico-degenerativas no transmisibles, de cada vez mayor complejidad representan una mayor carga financiera para el Instituto y la carga más importante en términos de AVISA¹⁴⁷. Este doble reto es el resultado de una transición epidemiológica donde persisten las enfermedades infecciosas, a la vez que se presentan los problemas de una población envejecida. Estas dos cargas de morbilidad 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 aludió en el Informe anterior, el matiz introducido por esta Administración al diagnóstico de la situación del Instituto es asumir que también son los factores endógenos los que han influido, e incluso, precipitado 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.

Como resultado de los fenómenos descritos, a partir del 2007, el IMSS presentó un déficit de caja que se incrementó de manera acelerada a partir del 2009. Para subsanarlo, el Instituto hizo uso de las reservas por un monto de casi cero en 2007 a más de 24 mil millones de pesos en 2012 (gráfica XII.1). El Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión sobre la Situación Financiera y los Riesgos del Instituto Mexicano del Seguro Social, 2009-2010 afirmaba que: *“aun haciendo*

Gráfica XII.1.
Uso de Reservas, 2007-2013
(miles de millones de pesos de 2014)



Fuente: IMSS.

¹⁴⁷ El indicador AVISA (Años de Vida Saludables Perdidos Ajustados por Discapacidad) desarrollado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) mide 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.

uso de sus reservas, el Instituto sólo podría extender los años de suficiencia financiera hasta el año 2014". En Informes posteriores se estimaba que la tendencia en el uso de reservas continuaría al alza de manera acelerada.

Ante esta situación, en este 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 de 24.6 mil millones de pesos a 11.6 mil millones de pesos, es decir, 13 mil millones de pesos menos respecto al uso en 2012. Adicionalmente, si se considera el incremento inercial de la nómina del Régimen de Jubilaciones y Pensiones de 2.2 mil millones de pesos y el costo del incremento de los salarios de los trabajadores de 4.4 mil millones de pesos, el esfuerzo fiscal equivalente asciende a 19.6 mil millones de pesos respecto a los resultados del año anterior. Para dimensionar la magnitud de este esfuerzo fiscal, 19.6 mil millones de pesos equivalen a cerca de la recaudación nacional de medio punto porcentual del Impuesto al Valor Agregado (IVA) en un año, o a más de la mitad del presupuesto de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM).

Sin embargo, falta mucho por hacer. Este gran esfuerzo fiscal que se logró gracias a la dedicación y esfuerzo conjuntos de trabajadores, sindicato, patrones, administración y población derechohabiente, sienta las bases para encaminar al IMSS en una nueva trayectoria financiera y de calidad en los servicios. No obstante, los problemas financieros y médicos del IMSS no están resueltos. Los esfuerzos se tendrán que redoblar hacia adelante para mejorar los servicios de salud para casi 70 millones de mexicanos de una manera financieramente sustentable.

¿Cómo se logró revertir la tendencia en el uso de las reservas? Desde el inicio, esta Administración estableció una visión integral de hacia dónde se tenía que dirigir el Instituto centrada en dos objetivos claros:

1. Mejorar la calidad y calidez de los servicios.
2. Sanear financieramente al IMSS.

A primera vista, parecieran objetivos incompatibles e incluso contradictorios, ya que para mejorar la calidad y calidez de los servicios parecería que necesariamente se tuvieran que destinar una mayor cantidad de recursos. Sin embargo, estos objetivos se pueden conciliar a través de las siguientes tres estrategias:

- **Mejorar la productividad y la eficiencia en los servicios.** Para lograr mejorar la calidad y calidez de los servicios es necesario optimizar procesos médicos y administrativos para aprovechar mejor los recursos humanos y de infraestructura. De esta manera se pueden proveer más y mejores servicios sin aumentar la cantidad de recursos. No es hacer más con menos; es hacer más con lo mismo.
- **Fortalecer la transparencia.** Considerando que el IMSS está entre los tres principales compradores de bienes y servicios del Sector Público, es indispensable mejorar los procesos de compra para aumentar la transparencia y con esto lograr las mejores condiciones de precio y calidad para el Instituto.
- **Fomentar el cumplimiento de obligaciones de todos los actores del Instituto.** Administración, trabajadores, patrones y derechohabientes.

A continuación se resumen las principales medidas que se llevaron a cabo durante el 2013 y se enuncian las opciones de política hacia el futuro para cumplir con los dos objetivos de esta Administración: mejorar la calidad y calidez de los servicios, y sanear financieramente al IMSS. En la mayoría de los casos se hace referencia al capítulo correspondiente donde se dan más detalles.

Acciones 2013

Como se desarrolló en el Capítulo II, la meta de ingresos del IMSS en la Ley de Ingresos de la Federación (LIF) se estimó con un pronóstico de crecimiento de la economía (y con ella, del empleo formal) de 3.5 por ciento para 2013. Sin embargo, la cifra de crecimiento económico para el año pasado fue de 1.1 por ciento. A pesar de lo anterior —y sin alterar las cuotas obrero-patronales— se logró cumplir, prácticamente, con la meta establecida de recaudación derivado de los esfuerzos de fiscalización y cobranza.

En 2013, los ingresos obrero-patronales se incrementaron en 6.9 mil millones de pesos en términos reales. Los principales esfuerzos para fortalecer los ingresos se centraron en fomentar y facilitar el cumplimiento de las obligaciones a través de mejoras en el servicio a los contribuyentes. Adicionalmente, se llevaron a cabo actos de fiscalización por 3.9 mil millones de pesos, 7 por ciento superior a 2012, y actos de cobranza por 2.5 mil millones de pesos, 10 por ciento superior a 2012.

Sin embargo, la mayor parte del saneamiento financiero no provino del esfuerzo en ingresos. Con todos los esfuerzos de fiscalización y cobranza, el aumento en los ingresos de 6.9 mil millones de pesos apenas sobrepasó los 6.6 mil millones de pesos de gasto regularizable de la nómina y del Régimen de Jubilaciones y Pensiones ya mencionados. Este

aumento, superior en sólo 300 millones de pesos al gasto regularizable, muestra que los esfuerzos de saneamiento financiero durante 2013 no son resultado de un incremento en los ingresos.

Los mayores esfuerzos se dieron en medidas que contribuyen tanto a la contención del crecimiento del gasto como al mejoramiento de los servicios. La posición de la presente Administración es clara: el gasto en salud del país no se debe reducir; más bien, su crecimiento debe contenerse y su uso hacerse eficiente. Las transiciones demográfica y epidemiológica son inevitables en México y en el mundo, lo cual crea —al IMSS y al resto de las instituciones públicas de salud— presiones financieras crecientes. Por lo tanto, es crucial administrar de manera juiciosa todos los recursos para aprovechar al máximo hasta el último peso, sin sacrificar nunca la atención al paciente. A continuación se resumen algunas de las principales medidas descritas en los Capítulos II, V y XI.

Mejoras médicas y de abasto

De acuerdo con las estrategias definidas por el Gobierno Federal, el primer gran enfoque de esta Administración fue mejorar el servicio médico. Uno de los temas más sensibles para los derechohabientes es el abasto de los medicamentos. Recibir los medicamentos necesarios de manera oportuna le permite a las familias 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 que atendiera todo el proceso de compra, abasto y prescripción de medicamentos, detallada en el Capítulo XI. El abasto es un claro ejemplo de cómo se puede mejorar los servicios, atendiendo simultáneamente las finanzas del IMSS. Dentro de los servicios médicos, los medicamentos y material de curación representan uno de los más grandes rubros de gasto, cerca de

700 mil recetas diarias equivalentes a más de 30,000 millones de pesos. Por si fuera poco, las farmacias del IMSS atendieron más de 175 millones de recetas en el año (un médico puede prescribir varias recetas por consulta). En resumen, un adecuado surtimiento de medicamentos es indispensable para ofrecer una atención médica de calidad.

La primera acción de esta estrategia integral fue la eliminación de las compras emergentes de medicamentos. El Instituto, como una estrategia para evitar el desabasto, llevaba a cabo compras emergentes de medicamentos y material de curación a través de las delegaciones y Unidades Médicas de Alta Especialidad (UMAE) mediante la herramienta denominada Bolsa Única de Ofertas (BUO). Esta estrategia representaba un gasto anual de 1,500 millones de pesos. Si bien este esfuerzo por mantener el abasto era loable, reflejaba áreas de oportunidad en el manejo de inventarios, de logística y de planeación. Además, la pulverización en la compra y un proceso que no fomentaba la competencia, provocaba que su adquisición no se realizara bajo las mejores condiciones. Por ello, se decidió eliminar la Bolsa Única de Ofertas sustituyéndola por un esquema de compra que garantizara una mayor competencia y transparencia, acompañada de procesos que mejoran la planeación, el manejo de inventarios y de logística que evitarán compras emergentes.

La segunda acción fue reducir los niveles de inventario de medicamentos de 3 a 2 meses. Las mejoras en planeación y manejo logístico permitieron al Instituto bajar los inventarios de 3 a 2 meses en promedio. Para mantener el abasto oportuno de los medicamentos, se aumentó la periodicidad bajo la cual se supervisan y generan los requerimientos de medicamentos por parte de las delegaciones y Unidades Médicas de Alta Especialidad. Asimismo, en

línea con una estrategia general de automatización de procesos, se implementó una plataforma electrónica en la cual se registran y monitorean los incumplimientos de los proveedores, para resolver de manera oportuna el abasto de medicamento no suministrados.

Como resultado de estas dos estrategias, se pudieron obtener ahorros netos para el Instituto por alrededor de 1,500 millones de pesos. Estos ahorros se lograron cumpliendo la meta de 95 por ciento de atención de recetas en el año.

La estrategia integral de mejorar el abasto culminó en 2013 con la compra consolidada de medicamentos más grande de la historia del Sector Público de nuestro país. En cumplimiento con la Estrategia de Contratación Pública anunciada por el Presidente de la República, el objetivo final de la compra consolidada de medicamentos y material de curación no fue solamente ahorrar, sino mejorar la salud y la calidad en el servicio para más de 80 millones de mexicanos (ya que participaron otras instituciones de salud que se detallan adelante). Esta compra de cerca de 43 mil millones de pesos para la adquisición de más de 1,800 medicamentos en 10 licitaciones, generó ahorros con respecto al año anterior de 3,700 millones de pesos. Para el IMSS, generó ahorros de 1,900 millones de pesos.

En este esfuerzo de coordinación interinstitucional, encabezado por el IMSS, participaron el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Petróleos Mexicanos (PEMEX), las Secretarías de la Defensa Nacional y de Marina; los Hospitales de la Mujer, Psiquiatría, Nacional Homeopático y Juárez del Centro de la Secretaría de Salud, así como los estados de Baja California, Campeche, Colima, Tlaxcala y Veracruz.

En este proceso se garantizó la transparencia en todas sus etapas. Se contó con el acompañamiento continuo de la Secretaría de la Función Pública y de 3 testigos sociales: Transparencia Mexicana, A. C., Academia Mexicana de Auditoría Integral al Desempeño, A. C., y Contraloría Ciudadana para la Rendición de Cuentas, A. C.

La compra fue participativa e incluyente. Se llevaron a cabo alrededor de una decena de reuniones con la Cámara Nacional de la Industria Farmacéutica (CANIFARMA), la Cámara Nacional de la Industria de la Transformación (CANACINTRA) y la Asociación Nacional de Distribuidores de Insumos para la Salud (ANDIS). Se publicaron las prebases para consulta pública. Durante este tiempo se recibieron más de 500 comentarios. Como resultado de todas estas medidas se fortalecieron las bases y se mejoró la estrategia de compra, dando certidumbre al proceso.

Dentro de la estrategia de compra consolidada se incluyeron mecanismos innovadores para fomentar la competencia y acciones para asegurar un mejor abasto como las siguientes:

Entrega en consignación. Para los 20 medicamentos de mayor rotación, se logró que los proveedores mantengan un inventario en los almacenes del IMSS, bajo su responsabilidad, asegurando un abasto suficiente, evitando, así, la compra extemporánea y a precios más elevados.

Entrega en farmacia de medicamentos de alto valor. Para los 49 medicamentos con mayor valor, se estableció el requerimiento de entrega directa en la farmacia del hospital. Al sustituir el abasto en almacén regional, se optimizan los tiempos de entrega, se evita inversión almacenada y la merma.

Mecanismos innovadores para fomentar la competencia. Se incrementó el número de claves licitadas bajo Ofertas Subsecuentes de Descuento (OSD, o en reversa), de 62 a 86 claves; se modificó el criterio de adjudicación en algunas claves, de tres empresas obteniendo 50/30/20 por ciento a dos empresas con 80/20 por ciento, inhibiendo la colusión; por primera vez, se establecieron topes al número de marcas ofrecidas para algunas claves, evitando que algunas empresas acapararan todo el mercado. Se contó con el asesoramiento de la Comisión Federal de Competencia Económica (CFCE) y la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), quien incluso, emitió un comunicado en donde celebró y avaló la utilización de subastas en reversa como estrategia de adquisición en la compra consolidada, y reconoció los avances en el fortalecimiento de las compras del IMSS a través de la consolidación de sus adquisiciones.

Se cuidó a la industria nacional. Por primera vez se utilizó al máximo la Reserva Permanente de Compra, la cual ascendió a más de 5,600 millones de pesos. Esta acción permitió que un número mayor de medicamentos fueran adjudicados en licitaciones nacionales. En 2012 fueron 243 medicamentos y en 2013, 703; el número de empresas adjudicadas pasó de 170 a 197. Gracias a la inclusión de claves con montos adjudicables menores a 40 millones de pesos, el número de estas últimas, 108 son pequeñas y medianas empresas (PyMES), creció 44 por ciento (de 75 a 108).

Para hacer de esta estrategia de abasto una estrategia integral, se implementó el Programa de Receta Resurtible descrito a continuación y con mayor detalle en el Capítulo XI.

El Programa de Receta Resurtible es tal vez el más claro ejemplo de una medida que mejora el servicio médico al derechohabiente y al mismo tiempo sana financieramente al IMSS. Se detectó que un porcentaje significativo de las casi 500 mil consultas diarias que otorga el IMSS son con el único propósito de renovar la receta y obtener el medicamento. Lo anterior implica que el paciente (en muchos casos adultos mayores) tenga que incurrir en el proceso de agendar la cita, acudir al médico y, en ocasiones, incluso perder un día de trabajo para resurtir su receta. En las mejores prácticas médicas en México y en el mundo, los pacientes de determinadas enfermedades crónicas controladas acuden a consulta una vez cada 3 meses. Es por esto que, a partir de agosto del año pasado, con el objetivo de mejorar el servicio y aprovechar los limitados espacios de consulta, se inició la implementación del **Programa Receta Resurtible**. Ahora el médico tiene la facultad de expedir una receta resurtible que cubra los medicamentos por los siguientes 3 meses. Esta medida, que parece simple, tiene un enorme impacto ya que se estima que este programa libere cerca de 7 millones de consultas este año. Para dimensionar esta cifra, atender 7 millones de consultas requiere de alrededor de 500 consultorios; este número representa casi el total de consultorios construidos por el IMSS en la última década.

El impacto para los derechohabientes en términos de calidad en el servicio es aún mayor. En la Encuesta Nacional de Satisfacción a Derechohabientes Usuarios de Servicios Médicos (ENSAT) obtenida en febrero del 2014, se encontró que 45 por ciento de los pacientes con receta resurtible mencionaron que la ventaja de este programa es que no les falta el medicamento para cumplir con su tratamiento y que tienen mayor compromiso a no interrumpir su tratamiento. Esto hace más efectivo el tratamiento de las enfermedades crónico-degenerativas. Por su parte, 29 por ciento de los pacientes mencionaron que la ventaja del programa es que no tiene que acudir al médico para obtener su medicamento.

Desde el 2008, el Instituto ha contratado servicios integrales. Estos son ciertos procedimientos o intervenciones médicas para los cuales los pacientes no requieren de una hospitalización, pero no se pueden resolver tomando un medicamento. El mejor ejemplo de los servicios integrales es la hemodiálisis, en la cual el paciente con insuficiencia renal crónica acude a terapia sustitutiva. Dada la creciente incidencia de las enfermedades crónico-degenerativas, el gasto en estos servicios ha aumentado año con año. Como se detalla en el Capítulo XI, el Instituto destina actualmente más de 13 mil millones de pesos anuales en servicios integrales. Porello, en el 2013 el IMSS arrancó un proceso estructural en la contratación de servicios integrales. La primera etapa fue el levantamiento de un censo confiable de pacientes con insuficiencia renal crónica, requisito indispensable para atender mejor a esa población y, al mismo tiempo, este censo generó un ahorro de 300 millones de pesos.

Hacia adelante, se aplicarán los mismos criterios innovadores de transparencia y competencia a la contratación de servicios integrales que se aplicaron a la compra consolidada de medicamentos. En particular, se instaurarán contratos únicos aplicando nuevas especificaciones técnicas y protocolos médicos, así como medidas de control de los servicios y de contención del gasto.

Todas estas acciones tienen un fin último: brindar una mejor atención a los derechohabientes y garantizar el acceso efectivo a los servicios de salud a los que tienen derecho.

Simplificación y digitalización de trámites

Como parte de la estrategia general de aumento de la productividad y eficiencia que permea muchas de las iniciativas y reformas que ha impulsado el Gobierno de la República, el IMSS trabaja por optimizar sus recursos y cooperar con la productividad del país. Por ello, el segundo gran enfoque de la presente Administración fue la simplificación y digitalización de trámites. Estas medidas mejoran el servicio y le generan ahorros al país a través de aumentos en productividad y eficiencia. Como se detalló en el Capítulo II, este año se implementaron acciones para acercar al IMSS a los derechohabientes, patrones y público en general facilitando su interacción con el Instituto. Además, para fomentar el cumplimiento de las obligaciones se buscaron medidas que promovieran la formalidad. Todas estas medidas son ejemplos de acciones que simultáneamente mejoran la productividad y fomentan el cumplimiento de las obligaciones.

A finales de 2012, el Instituto contaba con un extenso número de trámites en materia de incorporación y recaudación que, además de exigir requisitos innecesarios, no podían realizarse de manera digital a través de Internet, sino que requerían forzosamente que el patrón, asegurado, pensionado o sus beneficiarios, tuvieran que presentarse en las oficinas del Instituto para llevarlos a cabo. Esto ocasionaba pérdidas de tiempo, y largas filas, lo que se traducía en una menor calidad de servicio a los derechohabientes.

Derivado de una revisión de todos los trámites de incorporación y recaudación, se simplificaron y redujeron de 56 a 25 los trámites registrados ante la Comisión Federal de Mejora Regulatoria (COFEMER). La disminución y simplificación de los trámites de incorporación y recaudación permitió el inicio de su digitalización.

El primer paso hacia la digitalización se dio en junio de 2013, cuando el IMSS puso en marcha el Sistema de Pago Referenciado (SIPARE), sistema que ofrece a los patrones una nueva alternativa para pagar sus cuotas de seguridad social a través de Internet de una manera fácil y segura sin tener la necesidad de ir al banco. Hasta mediados de 2013, la mayoría de los patrones hacía el pago de las cuotas de seguridad social principalmente de manera presencial en el banco con la presentación de un disquete o, en el mejor de los casos, con una USB, en los que se incluía la información de los nombres y salarios de los trabajadores por los cuales se estaban cubriendo las cuotas. Esta forma de pago era improductiva tanto para los patrones como para el Instituto, por los altos costos generados por traslados a sucursales bancarias, el uso de medios electrónicos obsoletos y el pago de comisiones bancarias. Gracias al SIPARE, se detonó una adopción más acelerada de medios de pago por Internet, además de que aquellos patrones que continúan utilizando los medios tradicionales de pago en ventanilla, experimentan un trámite simplificado, entre otras, por no tener que presentar disquete o USB. Desde su puesta en operación se han inscrito más de 400 mil patrones, los cuales han llevado a cabo cerca de 1.9 millones de transacciones de pago de cuotas obrero-patronales con un valor de más de 69 mil millones de pesos.

Si estos 400 mil patrones utilizaran el coche para ir a una sucursal bancaria para hacer el pago de las contribuciones de seguridad social, se podría hacer una fila del Distrito Federal a la Ciudad de Mérida, Yucatán, cada mes. Esto significa un ahorro de recursos para las empresas equivalentes a alrededor de 3 millones de horas-hombre por año, sin mencionar otros beneficios como la reducción de las emisiones contaminantes.

A finales de diciembre de 2012, el principal medio por el cual el Instituto daba a conocer a los patrones su estado de facturación era vía el Servicio Postal Mexicano (SEPOMEX). El Instituto imprimía y enviaba por correo a los patrones registrados en su base de datos, más de 500 mil facturas mensualmente. En 2013 el Instituto inició un esfuerzo agresivo para incentivar el uso de medios digitales para dar a conocer el estado de facturación de algunas de ellas, logrando que cerca de 100 mil facturas mensuales se dejaran de imprimir y enviar por mensajería a patrones, y a partir de marzo de 2014, se incrementó la inhibición de la factura impresa, llegando a un total de 150 mil cédulas mensuales no emitidas. Esta medida logró que, entre junio de 2013 y junio de 2014, se hubieran descargado de manera digital vía el portal “IMSS Desde Su Empresa” alrededor de 3.8 millones de facturas.

Este conjunto de medidas ha permitido reducir en alrededor de 100 millones de pesos el gasto institucional en consumo e impresión de papel, envíos postales y comisiones bancarias.

Optimización de los servicios generales

El tercer gran enfoque de la presente Administración fue la optimización de los servicios generales que otorga el Instituto. Las medidas descritas con más amplitud en el Capítulo XI van enfocadas a mejorar el uso de los bienes e inmuebles y maximizar la eficacia de la operación diaria del Instituto a través de aumentos en eficiencia y productividad. En total, se obtuvieron ahorros cercanos a 1,000 millones de pesos en servicios generales y conservación.

Se puso en marcha un programa institucional de austeridad y eficiencia administrativa. Se hizo una revisión exhaustiva de todas las áreas de oportunidad para obtener ahorros manteniendo o mejorando la calidad de los servicios. Los elementos más emblemáticos se enuncian a continuación:

Primero, hasta el año pasado, el IMSS compraba toda su flota vehicular, lo cual implicaba altos costos de operación y mantenimiento. En 2013 se decidió la contratación, al igual que el resto del Gobierno Federal, de un servicio de arrendamiento de transporte vehicular. En este esquema el proveedor del servicio administra la plantilla vehicular, se hace cargo de los mantenimientos, aseguramiento y cualquier costo asociado, así como de garantizar la disponibilidad inmediata. Así se logró mejorar la calidad del servicio y una reducción del gasto en rubros como el mantenimiento y aseguramiento vehicular.

De manera complementaria, se redujo en promedio 10 por ciento la cuota de combustible asignada y se fortalecieron los controles para su uso. Por primera vez en la historia del IMSS, este esfuerzo mereció el reconocimiento por parte de la Secretaría de Energía a través de la Comisión Nacional de Uso Eficiente de Energía, por lograr un ahorro de 1.7 millones de litros de combustible en el año 2013, equivalente a 20.2 millones de pesos.

Con base en esta nueva forma de administrar la flota vehicular, se elaboró un plan de modernización de ambulancias mediante el esquema de arrendamiento, el cual permitirá arrancar un programa de renovación de ambulancias del Instituto y ofrecerá a los derechohabientes mejores condiciones de seguridad, comodidad y calidad en el servicio.

Segundo, se arrancó un programa para hacer eficiente el gasto de conservación de instalaciones y de equipo médico a nivel nacional. Mediante una mejora en la administración de los contratos de servicios e incrementando las supervisiones en campo, en 2013 se efectuó en tiempo y forma el mantenimiento preventivo y correctivo a 5,600 equipos médicos, que representa un incremento de casi 5 por ciento con respecto a lo realizado en 2012. Este aumento se traduce en una mejora en la atención de miles de usuarios que necesitan de este equipo para preservar su salud y mejorar su calidad de vida.

Tercero, se arrancó un programa de mejoramiento de imagen institucional y servicio llamado “Peso por Peso”. Este programa incentiva a las delegaciones a invertir en proyectos de equipamiento y mejora de las instalaciones para impactar favorablemente la percepción que tiene el derechohabiente sobre el servicio que recibe en las unidades del IMSS. Por cada peso que las delegaciones o Unidades Médicas de Alta Especialidad inviertan en proyectos de renovación o conservación que no se conviertan en gastos recurrentes, el IMSS central pone un peso adicional. El financiamiento por parte de las delegaciones o Unidades Médicas de Alta Especialidad proviene de los ahorros generados, lo que permite alinear los incentivos: por un lado, se promueve el uso eficiente de los recursos a nivel delegacional y, por el otro, la mejora del equipamiento y la imagen para dar un mejor servicio a los derechohabientes. En 2013 se concluyeron 58 proyectos por un monto de 182 millones de pesos, dentro de los que destacan remodelación y mantenimiento de baños, salas de espera, luminarias, pintura e impermeabilización, así como adquisiciones de equipo médico. Este programa tuvo un gran éxito en el 2013 y se repetirá en el 2014 por varias razones: la delegación es la que decide qué proyectos ejecutar y por lo tanto se escogen aquellos con más alto impacto; al poner la delegación los recursos, se alinean los incentivos y se minimizan los costos; el proceso es fácil y los proyectos se ejecutan el mismo año asegurando la oportunidad de los proyectos.

Cuarto, se lanzó un proceso de racionalización y revisión de los espacios y arrendamientos de inmuebles. Se homologaron criterios para evitar incrementos de renta sin sustento técnico-jurídico y se optimizó la administración de espacios arrendados. Lo anterior generó ahorros del orden de 5 por ciento.

Finalmente, el gasto en personal representa cerca de la tercera parte del gasto total del Instituto. Por ello, se establecieron las siguientes tres estrategias: 1. Absoluta prioridad a la contratación de médicos especialistas, enfermeras y paramédicos. 2. Un control eficiente de asistencia de los trabajadores, para garantizar la atención especializada mejorando la salud de pacientes, sobre todo críticos, a la vez que se evitan complicaciones y tratamientos más costosos. 3. Se racionalizó el gasto en honorarios y se obtuvo un ahorro de 19 millones de pesos. Estas estrategias permitieron fortalecer los servicios médicos, contribuyendo al desahogo de la demanda de atención de urgencias, la disminución del rezago quirúrgico y el aumento de la consulta externa en los tres niveles de atención médica.

El IMSS en un punto de inflexión

Las acciones realizadas en el 2013 se tradujeron en un esfuerzo fiscal de más de 19 mil millones de pesos. Este es un esfuerzo de enormes proporciones que ha implicado un trabajo conjunto de la Administración, trabajadores, patrones y derechohabientes. Sin embargo, no se debe interpretar que los problemas del IMSS están resueltos, falta mucho por hacer.

Muchas de las acciones realizadas hasta ahora se reflejaron en ahorros de flujo de gasto de una sola vez. El más claro ejemplo de este tipo de acciones es la reducción de inventarios. Estos ahorros disminuyen el uso de las reservas y se mantienen en el tiempo pero no reducen la tendencia inercial creciente de gasto en salud. **Un segundo tipo de acciones produjeron ahorros que disminuyen la tendencia creciente del gasto en salud.** Este tipo de acciones son medidas que generan ahorros que también se mantienen en el tiempo y que, a su vez, causarán cada vez menores presiones de gasto. Ejemplos de este tipo de medidas son la simplificación de trámites y la receta resurtible.

Desde principios de 2014 inició el proceso de digitalización de los 10 trámites de más alto impacto en el Instituto. Este proceso, detallado en el Capítulo II, se resume en el cuadro XII.1.

Los primeros 5 trámites, que se realizan cerca de 300 mil veces al mes, ya se digitalizaron. Por ejemplo, para la Asignación del Número de Seguridad Social (NSS) se tenía que visitar una subdelegación y el proceso podía tomar hasta 4 horas. Ahora, alrededor de 60 por ciento de estas solicitudes se realizan completamente por Internet, lo que implica que todas estas personas no tuvieron que desplazarse a la subdelegación ni ausentarse de su trabajo para obtener su Número de Seguridad Social.

Hacia adelante se va a trabajar en digitalizar los 5 trámites de alto impacto restantes. Cuando esto se logre, cada mes, más de 1 millón de personas podrán realizarlos a través de Internet, evitando costos indirectos como tráfico y contaminación y obteniendo ahorros para ellos y para el país.

Actualmente, cerca de 3 millones de pensionados acuden a una subdelegación o Unidad de Medicina Familiar por lo menos 2 veces por año a comprobar supervivencia. Esto implica un esfuerzo enorme para los pensionados y sus familiares, en particular para aquellos en edad avanzada, que en muchos casos no gozan de cabal salud. Por ello, se está trabajando para que en el 2015, se realice la comprobación de la supervivencia de jubilados y pensionados de manera no presencial con el uso de nuevas tecnologías. Este es un claro ejemplo de una medida que mejora el servicio para los jubilados evitándoles la molestia de trasladarse, hacer filas, y al mismo tiempo presenta una serie de ahorros administrativos y otros costos indirectos al Instituto.

Los esfuerzos realizados en materia de Tecnologías de Información y Comunicaciones (TIC) durante 2013, son el principio del proceso de transformación tecnológica del IMSS contenida en la iniciativa de IMSS Digital. Esta iniciativa asume que la oferta de servicios tecnológicos debe responder, en primer lugar, a la

Cuadro XII.1.
Digitalización de trámites de alto impacto, 2014

Trámite	Impacto (número de trámites mensuales) ^{1/}	
Asignación o localización del Número de Seguridad Social	280 mil	} Ya digitalizados
Alta patronal de persona física	10 mil	
Consulta del Estado de Adeudo	3 mil	
Movimientos patronales (primera etapa)	200	
Correcciones patronales	2 mil	
Alta patronal de persona moral	5 mil	} En proceso de digitalización
Consulta de semanas cotizadas	180 mil	
Contratación de seguros voluntarios e incorporación voluntaria al Régimen Obligatorio	40 mil	
Gestión de derechohabientes	700 mil	
Movimientos patronales (segunda etapa)	5 mil	
Total	1.2 millones	

^{1/} Promedio de trámites realizados cada mes a través de los distintos canales de atención del Instituto.

Fuente: Dirección de Incorporación y Recaudación, IMSS.

demanda de la sociedad, de los ciudadanos y de los derechohabientes. Lo anterior a través de un modelo moderno de atención, que habilite canales de atención no presenciales. Para el 2014, la iniciativa IMSS Digital se construye a partir de dos grandes líneas de acción: continuar abatiendo el rezago tecnológico que aqueja al Instituto, y consolidar lo ya iniciado bajo el nuevo paradigma tecnológico, con el objetivo de mejorar la calidad y la calidez de los servicios que presta el Instituto.

En este sentido, se iniciará un esfuerzo de certificación de espacios IMSS Digital, consistente en la modernización y dignificación de las condiciones operativas de las 90 localidades más importantes del IMSS, incluidas las Unidades Médicas de Alta Especialidad, las delegaciones, los edificios centrales y los hospitales más relevantes. En paralelo, se conformará un centro de datos multidisciplinario que gobierne la vasta cantidad de datos e información que produce el Instituto, facilitando su uso para la toma de decisiones; se continuará con la migración de los aplicativos a la nueva arquitectura de sistemas, con prioridad en los de misión crítica que soportan los procesos más importantes del Instituto, y se trabajará para que en el régimen IMSS-Oportunidades se desplieguen servicios de telemedicina y telesalud en las zonas rurales y zonas de población vulnerable, con la finalidad de mejorar la calidad, cobertura y acceso a los servicios médicos.

Como se hace referencia en el Capítulo III, desde hace varios años las cifras de incapacidades por enfermedades como por accidentes de trabajo se encuentran por encima de estándares internacionales. El objetivo es claro, darle la incapacidad, el subsidio o la pensión a quien lo requiera de manera transparente, eficiente y expedita pero al mismo tiempo evitar pagos indebidos que no benefician a nadie, incluyendo al trabajador. Por ello, es necesario realizar un **cambio estructural en el mecanismo en que se dictaminan**

y otorgan incapacidades, subsidios, pensiones temporales y rentas vitalicias. El IMSS está trabajando en estandarizar los protocolos a través de los cuales se otorgan las incapacidades. Se fortalecerá la capacitación del personal médico para lograr una mayor supervisión por parte de los jefes de servicio y se difundirán los días máximos y mínimos de incapacidad para cada enfermedad o accidente. Esto traerá como resultado una disminución en el número de consultas de Medicina Familiar que actualmente se utilizan para la renovación de incapacidades y se evitarán incapacidades prolongadas que no se encuentren médicamente justificadas.

Servicios generales

Dada la coyuntura actual y futura, es inevitable que el IMSS expanda su infraestructura médica. Para atender esta situación, se van a llevar a cabo dos acciones: Primero, se está definiendo un nuevo modelo de unidades médicas que considere las necesidades de los derechohabientes, asegure la funcionalidad y eficiencia de los inmuebles y reduzca los costos de diseño, construcción y operación. Y segundo, a través de un análisis georreferenciado de la oferta de infraestructura y demanda por servicios, y de la productividad de los inmuebles actuales, se identificará donde es necesario construir nueva infraestructura y de qué tipo.

Como se detalla en el Capítulo VI, para atender primordialmente a las madres trabajadoras, el IMSS tiene más de 1,400 guarderías que reciben diariamente a más de 200 mil niños. Este servicio permite que las madres puedan incorporarse y/o permanecer en el mercado laboral sin la preocupación de dónde dejar a sus hijos, con la confianza de que estos reciben un servicio de la más alta calidad que estimula su desarrollo social, físico e intelectual. En los últimos años el IMSS ha puesto especial énfasis en los criterios de seguridad de las guarderías. Durante el 2013 se realizaron más

de 5,200 visitas de supervisión, lo que representa que por lo menos 3 veces al año se revisó el cumplimiento de las normas y procedimientos para la prestación del servicio en cada guardería. Asimismo, más de 7,200 padres usuarios participaron en la verificación de las condiciones de seguridad en guarderías, mediante el mecanismo de Participación Social que se realiza con el aval de Transparencia Mexicana desde 2010. Los padres calificaron en más de 99 por ciento el cumplimiento de las medidas de seguridad. En el servicio de guarderías, durante el 2014 se trabajará en dos frentes:

En primer lugar, se establecerán las bases para aumentar el número de lugares que ofrecen las guarderías del IMSS a través de un proceso transparente y eficiente. Dicho proceso de contratación busca determinar las zonas con necesidad de espacios de guardería mediante un análisis georreferenciado de oferta y demanda, con lo cual se asegura que la infraestructura que el IMSS ponga a disposición de las madres trabajadoras sea utilizada al máximo. Lo anterior, privilegiando por encima de todo las condiciones de seguridad y calidad de los inmuebles.

En segundo lugar, se pondrá en marcha el “Programa Guardería Promotora de la Salud”. La Organización Mundial de la Salud reporta 40 millones de niños en el mundo menores de 5 años con sobrepeso debido a hábitos alimenticios inadecuados y falta de actividad física. Estudios recientes muestran que los niños que tienen un problema de obesidad o sobrepeso antes de los 5 años, son 4 veces más propensos a tener esta condición como adultos¹⁴⁸. Para el IMSS esto representa una oportunidad de incidir en la prevalencia de obesidad en el país, por el número de niños que atiende el Instituto. A través del impulso a la activación física y una alimentación saludable en las guarderías, se estimulará a aquellas que logren los mejores resultados en el peso y talla de los menores.

Fortalecimiento de los ingresos

Al igual que en el 2013, la estrategia del Instituto buscará fomentar el cumplimiento de las obligaciones. El eje fundamental de dicha estrategia es la promoción de la formalidad y la equidad en el financiamiento de la seguridad social. El Instituto busca que aquellos obligados al pago de cuotas obrero-patronales cumplan cabalmente con su obligación, comprometiéndose a su vez a lograr que se haga de la manera más sencilla posible.

Como se detalla en el Capítulo II, se han dado pasos importantes para la implementación de un “Nuevo Modelo de Fiscalización” integral. Este nuevo modelo se continuará fortaleciendo, a través del desarrollo de un nuevo modelo de riesgos que permita mejorar la planeación de los actos de fiscalización, el envío de casos para auditoría con montos presuntivos estimados, el establecimiento de canales de cobro diferenciados, y la implementación de cobro persuasivo mediante llamadas telefónicas, correos electrónicos y cartas invitación. Lo anterior será acompañado de un esquema de indicadores que permita controlar y medir la operación con base en criterios de análisis costo-beneficio.

La experiencia internacional muestra que las administraciones tributarias eficientes y modernas, cuentan con áreas especializadas en la atención a grupos específicos de contribuyentes. Debido a que cada tipo de contribuyente se comporta de manera diferente, se requiere de estrategias diferenciadas para mejorar la prestación de servicios y el control del cumplimiento de sus obligaciones fiscales. Bajo este enfoque, otra de las acciones de mejora en los servicios otorgados por el IMSS a patrones es la creación de la Unidad de Servicios Estratégicos, que inició operaciones el 1º de enero de 2014. Su objetivo es mejorar y especializar la atención de los

¹⁴⁸ Fuente: “Incidence of Childhood Obesity in the United States”, en *The New England Journal of Medicine*. Enero 2014.

patrones cuyas características exigen de una atención especializada, dado el número de trabajadores que emplean, su ubicación geográfica y los sectores a los que pertenecen.

La actualización de las cuotas del Seguro de Salud para la Familia (SSFAM) es una medida que permitirá a más mexicanos que no cuentan con un empleo formal acceder a servicios de salud de calidad sin debilitar las finanzas del IMSS. Derivado de la aprobación de la reforma al Artículo 242 de la Ley del Seguro Social por parte del Congreso de la Unión, el H. Consejo Técnico del IMSS cuenta ahora con la facultad de actualizar las cuotas del Seguro de Salud para la Familia. Este seguro, que es voluntario, se encuentra desfinanciado pues los costos de su operación son superiores a los ingresos que actualmente se obtienen. La aprobación de esta reforma permitirá ampliar su cobertura, así como garantizar la calidad y la oportunidad de los servicios que se proporcionan a los afiliados, sin detrimento de la situación financiera del Instituto.

Todos estos esfuerzos se verán reforzados por las acciones llevadas a cabo por el Gobierno Federal para incrementar la formalidad. En particular, el Régimen de Incorporación al Seguro Social (RISS), que entra en vigor el 1° de julio de 2014. Este nuevo régimen introduce incentivos para que los trabajadores transiten de la informalidad al sector formal de la economía. Bajo este esquema, los patrones y trabajadores que formen parte del régimen de incorporación gozarán de un subsidio que cubrirá el Gobierno Federal para el pago de sus cuotas por un periodo de hasta 10 años.

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 un diputado del Grupo

Parlamentario del 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.

Mejoramiento del modelo de atención médica

Como se menciona a lo largo de este Informe, México al igual que otros países en el mundo, está enfrentando dos grandes retos: las transiciones demográfica y epidemiológica, que se traducen en un creciente

gasto en salud. Además, al ser una economía en vías de desarrollo, México sufre una doble carga de morbilidad. Como se detalla en el Capítulo V, por una parte el país sigue teniendo a las enfermedades infecciosas y accidentes como el principal motivo para las visitas en Urgencias y Medicina Familiar. Esto no sucede en economías avanzadas. Pero al igual que en las economías avanzadas, cada vez una fracción mayor de los egresos hospitalarios, visitas médicas de especialistas y de la carga de Años de Vida Saludables Perdidos Ajustados por Discapacidad, se deben a enfermedades crónico-degenerativas y cánceres. Esta doble carga de morbilidad hace imperativo que la estrategia del Instituto se concentre en dos frentes.

Por un lado, se tienen que implementar medidas que mejoren el acceso y capacidad resolutive del primer nivel de atención y hospitales para liberar espacios y poder atender mejor a los pacientes. Por el otro, se tiene que establecer una estrategia frontal contra las enfermedades crónico-degenerativas para evitar tratamientos complicados y tardíos que tienen impactos enormes en la calidad de vida de los pacientes y económicos para el Instituto.

Primer nivel de atención

El primer nivel de atención constituye la puerta de entrada al sistema de salud y es, al mismo tiempo, el punto de inicio de la atención y filtro para acceder a los servicios especializados. De su desempeño eficiente dependen el segundo y tercer niveles. Internacionalmente, el primer nivel resuelve 85 por ciento de los problemas de salud. Sin embargo, en el IMSS, por diversos motivos, el primer nivel atiende 77 por ciento del total de consultas otorgadas en los tres niveles de atención. **La estrategia del Instituto en primer nivel se concentrará en fortalecer la prevención, incrementar el acceso a la consulta médica y mejorar la capacidad resolutive.** Las principales medidas son:

Fortalecer la prevención. El primer pilar en materia de prevención es la vacunación, México cuenta con un programa de vacunación exitoso, moderno y de amplia cobertura. El IMSS contribuyó al programa nacional de vacunación al vacunar a 43 por ciento de todos los niños mexicanos menores de 8 años. El número de niños vacunados aumentó en 1 millón al pasar de 6.1 millones en el 2012 a 7.1 millones en el 2013. El IMSS ha sido pionero en introducir vacunas al país y en ampliar la cobertura de vacunación. Hacia adelante, el IMSS continuará estando en la frontera del Programa Nacional de Vacunación.

El segundo pilar de la prevención consiste en promover cambios de estilo de vida saludables con el objeto de disminuir los factores de riesgo relacionados con el desarrollo de enfermedades crónicas. En particular, la estrategia del Instituto se ha centrado en promover el chequeo anual del Programa PREVENIMSS. Durante el 2013, el número anual de chequeos preventivos PREVENIMSS subió de 26.9 a 28.6 millones, atendiendo a 70 por ciento de la población adscrita a médico familiar. Sin embargo, sólo 30 por ciento de los derechohabientes acudieron al chequeo PREVENIMSS espontáneamente —70 por ciento fue derivado de los demás servicios de la unidad médica—. Para aumentar el porcentaje de derechohabientes que acuden espontáneamente a su chequeo anual, el IMSS lideró la campaña del Sector Salud “Chécate, Mídete, Muévete” para la promoción de los mejores hábitos de salud. Esta campaña, gracias a su nivel de recordación entre la gente (85 por ciento) y su nivel de aceptación y credibilidad (9 de 10), se posicionó como una campaña efectiva del Gobierno Federal motivando en la población cambios positivos de hábitos relacionados con la alimentación y el ejercicio.

Incrementar acceso a la consulta médica y mejorar la capacidad resolutive. Para disminuir los tiempos de espera y mejorar la calidad de la atención en el primer nivel de atención, y al mismo tiempo disminuir la afluencia de pacientes a los servicios de Urgencias y Hospitalización del segundo nivel.

1. **Ampliación del Programa de Receta Resurtible.** En 2014, se incrementarán los padecimientos crónicos susceptibles a receta resurtible de 10 a 17. También se buscará implementar este programa en el segundo y tercer niveles de atención.
2. **Reorganización de la agenda del médico para evitar la aglomeración de pacientes.** Actualmente, un derechohabiente sólo puede atenderse con el doctor al cual se encuentra adscrito. Lo anterior deriva en una gran variabilidad en los tiempos de espera que dependen de la carga de trabajo de cada doctor. Para eliminar este desequilibrio, se mejorará la gestión de pacientes sin cita. Se establecerá una fila única que asigne a los pacientes con el siguiente doctor disponible, en caso de que su doctor no se encuentre disponible.
3. **Optimización del tiempo de médicos priorizando criterios asistenciales sobre los administrativos.** El tiempo de los médicos familiares es un recurso escaso. Los trámites administrativos, tales como renovación de recetas o incapacidades, toman parte del tiempo de los médicos y se encontró que hasta 30 por ciento de estos se pueden resolver sin intervención del médico. Por ello, se está trabajando en estandarizar los días de incapacidad y recibir el apoyo de la asistente médica para reescribir recetas u órdenes de laboratorio.
4. **Aumentar la participación de la enfermera.** Por ejemplo, el control del embarazo y el cuidado de niño sano son los principales motivos de consulta médica en el primer nivel con 7.6 millones de consultas al año. Aunque no se pretende suplantar

al médico en el proceso médico, se estima que con esta medida se podrán liberar hasta 320 mil espacios de consulta del médico familiar.

5. **Se simplificará el proceso de referencia del primer al segundo nivel de atención.** Para disminuir el tiempo que los derechohabientes permanecen en la clínica realizando trámites administrativos y para ser atendidos por un especialista. Asimismo, se mejorará la supervisión en los casos de referencia por parte de los jefes médicos para asegurar que los problemas médicos que se puedan resolver en el primer nivel no se envíen al segundo nivel.

Segundo nivel de atención

Como se detalló en el Capítulo V, en el segundo nivel se encontraron dos “cuellos de botella” que limitan el acceso, y bajan la calidad de la atención. **La estrategia del Instituto en el segundo nivel se concentrará en mejorar la gestión de la infraestructura y en estandarizar las prácticas médicas:**

1. **Optimización de los servicios de Urgencias.** Cada ingreso por Urgencias es clasificado por los doctores según las prioridades médicas del caso, en un proceso conocido como Triage. Se va a **rediseñar el flujo de los pacientes después del Triage en Urgencias.** Para que aquellos pacientes menos graves y con menos urgencia sean referidos a servicios de Urgencias de menor nivel de complejidad resolutive. Esto permitirá incrementar la disponibilidad de camas del área de Observación y reducir los tiempos de estancia y espera de los pacientes de Urgencias gracias a diagnósticos más acertados.
2. **Gestión de camas en los hospitales.** Se está reorganizando el sistema de gestión de camas para planear oportunamente las altas de los pacientes y de esta manera agilizar la preparación de las camas libres. Con esta medida se acelerará el ingreso de nuevos pacientes a hospitalización, lo que aumentará la productividad de los hospitales

y se podrán atender más pacientes de manera oportuna, con la misma infraestructura.

3. Optimización de la utilización de quirófanos.

Mejorando los procesos de planeación de cirugías será posible incrementar el número de horas programadas, se reducirá la frecuencia de comienzo tardío, y mejorarán los tiempos de respuesta para las salas de operaciones. Asimismo, se revisará la lista de cirugías ambulatorias potenciales y los recursos físicos, humanos y de presupuesto que se requieren para incrementar este tipo de cirugías. Esto permitirá aumentar el acceso efectivo de los pacientes a cirugías y reducirá el costo por caso quirúrgico, evitando también el rezago quirúrgico en beneficio de los derechohabientes.

4. Rebalanceo de recursos humanos.

Se buscará alinear mejor los recursos humanos de los hospitales a la demanda observada, redistribuyendo a los médicos, enfermeras y personal de apoyo de los hospitales entre turnos. Este rebalanceo incrementará la capacidad de respuesta de los hospitales para atender a los pacientes que llegan a Urgencias o que requieren una cirugía, disminuyendo los tiempos de espera de los pacientes, sin necesidad de modificar sustancialmente la plantilla.

5. Estandarización de criterios para la estancia hospitalaria.

Existe gran variabilidad en la estancia de hospitalización de pacientes con los mismos padecimientos. Incluso, algunas veces, la estancia se extiende por procesos administrativos. A través de un sistema de planificación de egresos se aumentará la productividad de los médicos y agilizará el tratamiento de pacientes con problemas de diagnóstico o complicaciones. Al ingresar el paciente se realizará un diagnóstico completo inicial y se programarán anticipadamente los estudios. Diariamente se reevaluará el estado del paciente, se realizarán visitas colegiadas por médicos especialistas que agilizarán trámites y revisarán casos complejos.

Por último, se reforzará el proceso de pre-altas lo que permitirá incrementar la capacidad de los pisos de hospitalización.

6. Desarrollo de Guías de Práctica Clínica.

Las Guías de Práctica Clínica son herramientas documentales que compilan la información científica para la resolución de problemas clínicos. Permiten, en la medida de lo posible, estandarizar y establecer rutas para los principales problemas clínicos, así como homogenizar los tratamientos y calidad médica. El IMSS ha contribuido con 67 por ciento de las Guías de Práctica Clínica que integran el Catálogo Maestro del Sistema Nacional de Salud. La estrategia del Instituto en este sentido es continuar contribuyendo al Catálogo al realizar 50 guías este año que incluyen temas relevantes para los programas institucionales de salud.

7. Infecciones nosocomiales.

Las infecciones nosocomiales son aquellas que se adquieren dentro del hospital o durante el proceso de atención médica que se traducen en incremento de días de hospitalización y de mortalidad. Durante el 2013, se mejoró el registro de las infecciones nosocomiales y se comenzó a trabajar en el proyecto “Modelo Institucional para la Prevención y Reducción de las Infecciones Nosocomiales” que se espera tenga el efecto de reducir la incidencia de dichas infecciones. El proyecto incluye la campaña institucional comenzada en el 2014 “Manos limpias, salvan vidas”.

8. Prevención de riesgos y atención para evitar la muerte materna.

La mortalidad materna es uno de los problemas de salud más importantes a nivel mundial; su reducción es un indicador de los Objetivos del Milenio. En el IMSS se ha trabajado para reducir este indicador a través de aumentos en consultas por mujer embarazada aunado a acciones preventivas, de vigilancia y de control. En el periodo de 2002 a 2013, el IMSS logró reducir la muerte materna de 30.1 a 26.5 por 100,000 nacidos vivos. Esta tasa se compara favorablemente con la tasa de mortalidad materna

de todo el sistema nacional de salud que fue 42.2 muertes por 100,000 nacidos vivos en el 2013.

Estrategia frontal contra las enfermedades crónicas

El segundo gran reto del IMSS es la prevalencia y crecimiento de las enfermedades crónico-degenerativas. El IMSS ha sido pionero en la detección y atención de las enfermedades crónico-degenerativas en el país. Como se detalló en el Capítulo V, los resultados en términos de la estrategia de prevención han sido importantes: la mortalidad de pacientes derechohabientes con enfermedades crónico-degenerativas ha disminuido en relación con aquella de pacientes no derechohabientes. El IMSS ha logrado frenar la tendencia ascendente en la mortalidad por estas causas. Sin embargo, existen áreas de oportunidad para mejorar la atención médica que reciben los pacientes crónicos para tener impactos mayores en mortalidad, calidad de vida e impacto financiero para el Instituto.

Para brindar una mejor atención a los pacientes crónicos se va a poner en marcha el nuevo modelo de atención para pacientes crónicos. Este nuevo modelo de atención involucra de manera más activa a todo el equipo de salud, especialmente la Enfermería. Algunas consultas de seguimiento de pacientes crónicos controlados y embarazadas las tratarán enfermeras especialistas en Medicina Familiar. Una mejor gestión para los pacientes crónicos mejorará su calidad de vida, lo cual se traducirá en una liberación de consultas. La presente Administración está trabajando en diseñar un novedoso esquema para el cuidado de los pacientes diabéticos en el cual por primera vez en la historia del Sector Salud en México se va a pagar por resultados.

Capacitación, formación de recursos humanos e investigación

El IMSS es pionero y líder latinoamericano en capacitación, formación de recursos humanos para la

salud e investigación médica. Por ello, el objetivo es mantener e incrementar este liderazgo fortaleciendo estas áreas al interior del Instituto.

En 2013 se realizaron 3.5 mil cursos de capacitación con la asistencia de 22.8 mil trabajadores del área de la salud, 11.3 por ciento más que en el 2012. Hacia adelante, se contempla continuar fortaleciendo la oferta de cursos y la creación de más centros de simulación médico-quirúrgica, con la finalidad de que los residentes puedan practicar y simular diversos procedimientos diagnósticos y terapéuticos antes de realizarlos en los enfermos.

La participación en la creación de nuevos médicos especialistas ha distinguido al IMSS como la institución de salud líder en el país en la formación de recursos humanos. Durante 2013, el Instituto contaba con 12.5 mil médicos en formación en 72 diferentes especialidades, cifra superior a los 12.1 mil registrados en 2012. Para el ciclo académico 2014-2015 la cifra se incrementó a 12.6 mil. En línea con los retos del Instituto, 34 por ciento de los médicos en formación cursan especialidades orientadas al primer nivel de atención, como Medicina Familiar, Epidemiología y Medicina del Trabajo; 16.4 por ciento se prepara en especialidades relacionadas con enfermedades crónico-degenerativas, y 9 por ciento se prepara en servicios de Urgencias, lo que nos ayudará a atender con mayor calidad, eficiencia y calidez en estas áreas.

El Instituto está fortaleciendo la investigación biomédica, y para ello se desarrollan protocolos y programas que buscan mejorar los resultados de la atención médica y la calidad de vida de los pacientes. Para lograr estos objetivos, en los últimos años se han graduado un promedio anual de 75 maestros y 25 doctores. En 2013, 207 de los 250 investigadores de tiempo completo del IMSS tuvieron reconocimiento vigente del Sistema Nacional de Investigadores lo que constituye uno de los porcentajes de pertenencia más altos en el Sector Salud.

El IMSS edita *Archives of Medical Research*, la revista biomédica más importante de Latinoamérica. Su factor de impacto ha venido incrementando de manera constante en los últimos años, y en 2012 se convirtió en la primera revista latinoamericana de la historia en alcanzar un factor mayor a 2.

A fin de continuar la atención médica de vanguardia y la capacitación del más alto nivel, se tiene programado propiciar y financiar estancias cortas y cursos de posgrado en el extranjero para médicos y enfermeras, así como intercambios que fortalezcan la investigación científica. Para ello, esta Administración persigue colaborar con instituciones líderes del Sector Salud a nivel mundial. El pasado mayo del 2014, se firmó un convenio de colaboración con la **Escuela de Salud Pública de Harvard** para temas de capacitación gerencial, epidemiología y sistemas de salud. Se firmó un Acuerdo de Cooperación Técnica con la **Asistencia Pública de los Hospitales de París**, Francia y con la **Fundación Luc Montagne** que involucra la capacitación e intercambio de casos de éxito para mejorar la atención médica en varias disciplinas principalmente trasplante hepático y manejo de la obesidad. Hacia adelante, se tiene programado **propiciar y financiar estancias cortas y cursos de posgrado en el extranjero para médicos y enfermeras** en el *Brigham and Women's Hospital* en Boston, Massachusetts y la Consejería de Salud de Madrid, España, e intercambios de investigadores con algunos centros de investigación del Instituto Tecnológico de Massachusetts (MIT, por sus siglas en inglés).

En 2014 se espera fortalecer 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 de la industria farmacéutica. Esto permitirá que se sometan a evaluación los protocolos

de investigación directamente al IMSS, lo cual generará beneficios extras al Instituto y reducirá el tiempo de gestión.

El fortalecimiento del vínculo entre atención médica, educación e investigación, redituará en una mejora de la calidad de la atención a la salud del derechohabiente del Instituto.

Sistema Nacional de Salud Universal

Para el Presidente de la República, la salud es uno de los temas más importantes de su Administración. Por ello, el Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2013-2018, 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. Ya opera entre los principales servicios de salud del país el Convenio General de Colaboración Interinstitucional para la Atención de la Emergencia Obstétrica, y el Acuerdo General de Colaboración para el Intercambio de Servicios, expuestos en el Capítulo V. El Acuerdo establece ciertos lineamientos generales en base a un catálogo de intervenciones y tarifas máximas homologadas que establecen los mecanismos y garantías de pago, los cuales facilitan el intercambio de servicios médicos entre las instituciones. El IMSS ha sido eje fundamental en estos esfuerzos, proporcionado las herramientas médico-económicas para la homologación de las tarifas, y colaborará de igual forma en los esfuerzos que requiera el Sistema Nacional de Salud Universal.

Fortalecer IMSS-Oportunidades será indispensable para garantizar el acceso efectivo a servicios de salud de calidad, en particular a la población en situación de vulnerabilidad. Las sinergias entre el Programa IMSS-Oportunidades y el Seguro Popular facilitarán la portabilidad y la convergencia de los dos programas, potencializando el acceso efectivo de sus poblaciones objetivo. Ya existen avances en este sentido: el año pasado se firmaron acuerdos de cooperación interinstitucional con el Seguro Popular en los estados de Oaxaca y Chiapas, así como con la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas

(CDI). Estos esfuerzos deben redoblar. Fortalecer a IMSS-Oportunidades es darle más acceso efectivo a servicios de salud a la población vulnerable.

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

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 esté 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 2013, se llegó a un punto de inflexión. Sin embargo, falta mucho por hacer. Hacia adelante el reto es institucionalizar estos esfuerzos para consolidar el saneamiento financiero del Instituto y mejorar la calidad y calidez de los servicios a los derechohabientes.

El IMSS es pilar 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.