

Reflexiones Finales y Propuestas



Capítulo

XIII

El presente Informe es resultado de la actualización del análisis sobre la situación financiera del IMSS y su evolución durante 2012. Como se ve reflejado en cada uno de los capítulos, el diagnóstico sobre la compleja situación financiera que hoy enfrenta el Instituto es coincidente en términos generales con lo expuesto en Informes de años anteriores. Las cifras actualizadas presentan variaciones que son el resultado del entorno económico del año pasado, las perspectivas hacia el futuro y las condiciones en la operación del propio Instituto.

La seguridad social ha sido un elemento fundamental para el acceso a la salud, la redistribución de la riqueza del país y el abatimiento de la pobreza; por ello, su fortalecimiento es indispensable para lograr un México incluyente, eje rector del Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018. Es necesario, por lo tanto, fortalecer la situación financiera del Instituto, pilar fundamental de la seguridad social en el país, para que pueda contribuir de manera efectiva a la universalización de los servicios de salud.

El IMSS al igual que el resto de las instituciones de salud del mundo, enfrenta dos fenómenos externos sobre los cuales tiene poca injerencia, estos son la transición demográfica y la transición epidemiológica, las cuales se describen con detalle en el Capítulo II.

La transición demográfica se manifiesta de varias formas: el incremento en la esperanza de vida al nacer, que en México pasó de 61 años en 1970 a 74 años en 2012; como consecuencia, el IMSS atiende a una

población derechohabiente cada vez más envejecida, que requiere una mayor cantidad de servicios médicos e intervenciones cada vez más complejas y de mayor costo. Entre los derechohabientes del Instituto el grupo de edad de 65 años y más tuvo un incremento de 45.9 por ciento durante 2004-2012, mientras que en este mismo periodo el grupo de 15 a 44 años creció sólo 17.3 por ciento. El gasto médico para un adulto mayor a 65 años es más alto que para un trabajador en activo. Además, la transición demográfica también se traduce en una menor razón del número de trabajadores asegurados por pensionado, cifra que pasó de 14 a 5 trabajadores por pensionado de 1973 a 2012, ejerciendo una presión financiera adicional, porque disminuye el número de trabajadores activos cotizantes que cubren los gastos de las prestaciones a pensionados.

La transición epidemiológica ha cambiado el perfil de las enfermedades en la población. En la década de los 70, las defunciones registradas por afecciones en el periodo perinatal y enfermedades por infecciones intestinales que ocupaban los primeros lugares como causas de mortalidad, hoy se han reducido de manera drástica. En contraparte, en la actualidad, las defunciones por una combinación de enfermedades crónico-degenerativas como la diabetes mellitus, las enfermedades cerebrovasculares, la hipertensión y los distintos tipos de cáncer han aumentado. El cambio epidemiológico está implicando mayores presiones financieras para el IMSS debido a que el costo de tratar estos últimos padecimientos es más elevado que el costo de tratar padecimientos transmisibles.

Una fuente adicional de presión sobre el gasto de los seguros médicos proviene de que, en todo el mundo se observa cómo el costo de los servicios de salud se incrementa por encima de la inflación.

En adición a los fenómenos mundiales de las transiciones demográfica y epidemiológica, existen factores internos al IMSS que inhiben su desempeño y

su funcionamiento. Se tiene un régimen administrativo y laboral con rigideces que será necesario superar. Para ello será necesario, a través de un esfuerzo conjunto entre la administración, los trabajadores, el sindicato, los patrones y la población derechohabiente, modernizar los procesos administrativos y médicos del Instituto de acuerdo con las nuevas realidades médicas, con la disponibilidad de nuevas tecnologías y con los requerimientos crecientes de los derechohabientes. Esta modernización conducirá al IMSS a mejoras significativas en productividad, eficiencia y eficacia en el otorgamiento de servicios y prestaciones con calidad y calidez.

Adicionalmente, como se analiza a detalle en el Capítulo X, el Régimen de Jubilaciones y Pensiones (RJP) de los propios trabajadores del Instituto ha derivado en un pasivo laboral cuyo valor presente se estima en 1.9 billones de pesos de 2012. El gasto por este concepto en 2012 fue de casi 49 mil millones de pesos, y para este año se estima que sea de cerca de 53 mil millones de pesos. El flujo máximo se proyecta para el 2034, año en el que se estima sea de más de 95 mil millones de pesos. La presión que ejercerá el RJP en el gasto del Instituto desplazará cada vez más recursos que de otra manera serían utilizados para la operación diaria de los servicios que presta el IMSS.

La combinación de factores externos e internos ha ocasionado desequilibrios importantes en los seguros y fuertes presiones financieras, situación que generó que desde 2009 el Instituto presente finanzas deficitarias. Actualmente, el déficit del Instituto es de alrededor de 18 mil millones de pesos anuales y, de mantener este escenario, se prevé que continúe creciendo durante los próximos años.

Como se ha señalado en Informes anteriores, desde 2009 el H. Consejo Técnico del IMSS autorizó utilizar la Subcuenta 1 del Fondo para el Cumplimiento de Obligaciones Laborales de Carácter Legal o Contractual (FCOLCLC o Fondo Laboral) para cubrir

dicho déficit. Se estima que este fondo se agote durante el 2013. Previendo esta situación, en 2011 la Ley de Ingresos de la Federación autorizó la transferencia de excedentes de los saldos de las Reservas Financieras y Actuariales (RFA) de los Seguros de Invalidez y Vida (SIV) y de Riesgos de Trabajo (SRT) a la reserva del Seguro de Enfermedades y Maternidad (SEM) por un monto de 61,222 millones de pesos¹²². Se prevé que esta reserva comience a utilizarse a partir del presente año. Si los ingresos y gastos continúan con su tendencia inercial, se estima que esa reserva se agote a mediados de 2016.

Universalización del acceso a la salud

El Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 tiene dos objetivos fundamentales que trazan las acciones de salud para el Instituto: “asegurar el acceso a los servicios de salud y ampliar el acceso a la seguridad social”.

En particular, por lo que se refiere a asegurar el acceso a los servicios de salud, el Plan Nacional de Desarrollo define cinco estrategias: “avanzar en la construcción de un Sistema Nacional de Salud Universal; hacer de las acciones de protección, promoción y prevención un eje prioritario para el mejoramiento de la salud; mejorar la atención de la salud a la población en situación de vulnerabilidad; garantizar el acceso efectivo a servicios de salud de calidad, y promover la cooperación internacional en salud”.

El IMSS es el proveedor de aproximadamente 50 por ciento de los servicios de salud en el país; por ello, debe encaminar sus esfuerzos a contribuir de manera definitiva a la consecución de estas metas. El saneamiento financiero y operativo del Instituto es de vital importancia para fortalecer su participación en la construcción de un Sistema Nacional de Salud Universal que garantice el acceso efectivo a servicios

de salud con calidad y calidez. Y por eso, de forma paralela, es necesario hacer eficiente la operación y la gestión del Instituto con el objetivo de mejorar la atención a la población y fortalecer el enfoque preventivo de la salud.

En el marco de la construcción de un Sistema Nacional de Salud Universal se tendrán que redoblar esfuerzos para fortalecer la coordinación con el resto de las instituciones públicas de salud. Lo anterior, para generar sinergias que permitan hacer un uso más eficiente de la capacidad instalada, evitar duplicidades en la cobertura, homologar los servicios, intervenciones y protocolos de atención médica con un enfoque de contención de costos y trato digno al usuario y su familia.

Ya existe un punto de partida para la homologación de los servicios y la portabilidad, con la generación de los Grupos Relacionados con el Diagnóstico y Grupos Relacionados con la Atención Ambulatoria, que se detallan en el Capítulo VI. Se deberá trabajar con las demás instituciones públicas de salud en fortalecer y generalizar su aplicación. Incluso hoy, el IMSS ya tiene acuerdos interinstitucionales que sientan las bases para hacer realidad la integración funcional y efectiva del Sistema Nacional de Salud Universal en el país, como los convenios para la Atención de la Emergencia Obstétrica y el Intercambio de Servicios de Salud en Baja California Sur.

Es necesario también avanzar hacia un Plan Maestro de Infraestructura Sectorial y de Formación de Recursos Humanos en Salud, además del padrón de beneficiarios, para transitar hacia la portabilidad y convergencia.

El Programa IMSS-Oportunidades es fundamental para la atención de la salud de la población en situación de vulnerabilidad, ya que puede dar atención a la población rural donde no hay presencia

¹²² El saldo contable de esta reserva al 31 de diciembre de 2012 era de 67,352 millones de pesos.

de otras instituciones de salud. Fortaleciendo este Programa, se estarán sentando las bases para el mejor aprovechamiento de la infraestructura y la capacidad instalada en beneficio de la población vulnerable.

Generar sinergias entre el Programa IMSS-Oportunidades y el Seguro Popular es una de las estrategias de esta administración para incidir favorablemente en la atención de la salud de la población en situación de vulnerabilidad y ampliar la cobertura en el ámbito rural. Estas coincidencias facilitarán la portabilidad y la convergencia, potencializando los alcances de ambos programas.

En el marco de la universalización de los servicios de salud, se considera que una portabilidad efectiva debe buscar que las aportaciones sean equitativas y que no generen presiones financieras adicionales al Instituto, como quizás ha ocurrido en el pasado. Como ejemplo, en el Informe del 2012 se propusieron cambios en el financiamiento de la cobertura de Gastos Médicos de Pensionados y del Seguro de Salud para Estudiantes (SSE), que deberán ser analizados bajo esta nueva realidad de la universalización de servicios.

Asimismo, los padecimientos crónico-degenerativos ejercen cada vez una mayor presión sobre las finanzas, no sólo del Instituto, sino de todo el sector salud. En un entorno de cobertura universal de salud, existen factores que van más allá del tratamiento médico y que influyen de manera importante en la prevalencia de estas enfermedades. Existen conductas relacionadas con el cuidado de salud del individuo que generan externalidades hacia el resto de la población y que implican un alto costo de atención para las instituciones públicas de salud; por ejemplo, los hábitos alimenticios y de actividad física que inciden en la diabetes. Como se señaló en el Informe anterior, son seis enfermedades crónico-

degenerativas las que más inciden en el gasto del Instituto y en el resto del sector¹²³. La concurrencia de externalidades de varios de estos padecimientos hace oportuno replantear la posibilidad de un esquema innovador de financiamiento conjunto para la atención de estos seis padecimientos. La construcción de un esquema equitativo de financiamiento para atender esta problemática es fundamental para avanzar hacia el Sistema Nacional de Salud Universal plasmado en el Plan Nacional de Desarrollo.

Fortalecer los ingresos

Como se ha mencionado en los apartados anteriores, se requiere implementar un plan de acción integral que permita sanear financiera y operativamente al Instituto, y mejorar los niveles de financiación de los servicios de salud que proporciona a más de la mitad de la población del país, elementos esenciales para que el IMSS pueda contribuir de manera efectiva en la universalización de los servicios de salud.

En materia de fortalecimiento de los ingresos, la estrategia del Instituto se centrará en promover la formalidad y la equidad en el financiamiento de la seguridad social, es decir, que aquellos obligados al pago de cuotas obrero-patronales (COP) cumplan cabalmente con su obligación. De esta manera, se privilegiará la ampliación de las bases de las contribuciones de seguridad social, en lugar de aumentar las tasas de contribución.

En particular, se implementará un nuevo modelo de fiscalización integral que permitirá consolidar la programación y selección de actos de fiscalización con base en criterios de riesgo y costo-beneficio; se optimizarán los procesos de cobranza y supervisión de la gestión en materia de incorporación y recaudación; se mejorará la coordinación con el Servicio de Administración Tributaria y con otras autoridades

¹²³ Estos seis padecimientos son diabetes mellitus, insuficiencia renal crónica, hipertensión arterial, cáncer cérvico-uterino, cáncer de mama y VIH/SIDA.

fiscales, y como se detalla más adelante, se impulsará la automatización de los trámites y servicios proporcionados a patrones y derechohabientes.

El nuevo modelo de fiscalización integral será complementado a través del fortalecimiento de los procesos de determinación, liquidación y litigio de las cuotas que el Instituto cobra. Para ello, se llevará a cabo la revisión jurídica de los actos emitidos por el Instituto, acorde con los criterios judiciales; se fortalecerán las medidas de control, con el fin de evitar y, en su caso, sancionar la emisión de actos contrarios a la ley, y se mejorará la calidad de la defensa del área jurídica ante los Tribunales.

Aunado a lo anterior, y con absoluto respeto de los tiempos y procesos legislativos, se hace mención a tres reformas legislativas cuya aprobación podría contribuir a fortalecer la situación financiera del Instituto.

Como se indicó en el Capítulo VIII y en los Informes presentados con anterioridad, el Seguro de Salud para la Familia (SSFAM), que es un seguro voluntario, se encuentra desfinanciado en virtud de que los costos de su operación son superiores a los ingresos que actualmente se obtienen. Esto se debe a que las cuotas que pagan los asegurados equivalen a una cuota fija establecida en la LSS, la cual no cubre los costos de la atención médica. Para revertir esta situación, existe una iniciativa que fue aprobada en la Cámara de Senadores y se encuentra pendiente de su análisis y discusión en la Cámara de Diputados, que propone una reforma al Artículo 242 de la LSS, por la cual se establece que el H. Consejo Técnico del Instituto podrá determinar anualmente el importe de las cuotas a aplicar en el SSFAM, previa realización de los análisis y estudios actuariales pertinentes y en el marco del principio de solidaridad social. La aprobación de esta reforma daría mayor flexibilidad al IMSS para determinar los recursos requeridos para financiar adecuadamente este seguro y permitiría

ampliar su cobertura, así como garantizar la calidad y la oportunidad de los servicios que se proporcionan a los afiliados, sin detrimento de su situación financiera.

En los Capítulos V y VI se detalla que, de acuerdo con los resultados de las valuaciones actuariales del SIV, y de la cobertura de Gastos Médicos de Pensionados del SEM, el primero presenta suficiencia financiera, mientras que el segundo presenta una situación financiera crítica. Para atender esta problemática, desde el Informe del año pasado se señaló la existencia de una iniciativa de reforma legal que propone modificar los Artículos 25 y 147 de la LSS, para rebalancear las primas de ambos seguros. Esta propuesta contribuiría al fortalecimiento de las finanzas del Instituto y no implicaría una carga adicional para los patrones, los trabajadores y el Gobierno Federal. El rebalanceo de primas propuesto lograría un uso más eficiente de los recursos del Instituto debido a que permitiría la asignación directa de recursos a la cobertura del seguro que lo requiriera. Esta iniciativa, sometida a la Cámara de Diputados, se encuentra pendiente de dictaminación y aprobación por parte de ambas Cámaras del H. Congreso de la Unión.

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 LSS, la cual se encuentra pendiente de discusión en el Senado de la República. Esta reforma propone homologar las exenciones de los conceptos que se señalan en el Artículo 27 de la LSS con aquéllas 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. Lo anterior beneficiaría a los trabajadores, ya que fortalecería las aportaciones

en sus cuentas individuales de ahorro para el retiro y vivienda; como se señaló en el Capítulo I, podría 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 infraestructura y para atender los servicios médicos del Instituto, y representaría una simplificación importante para los patrones, al realizar un solo cálculo con respecto a los conceptos homologados. 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.

Incrementar la productividad

Ante la realidad de una sociedad más conectada por Internet, se busca hacer un uso más eficiente e innovador de las tecnologías de información para coadyuvar, tanto en el fortalecimiento del cumplimiento de obligaciones por parte de los patrones, como en los mecanismos de contención del gasto. El modelo actual de atención y operación del IMSS consiste en trámites presenciales, llenado de formularios y presentación de documentos en ventanilla. La estrategia tecnológica del IMSS ha consistido en soportar dicho modelo, con un resultado de más de 100 sistemas con arquitecturas heterogéneas y más de 4,000 bases de datos, lo que se traduce en altos costos de soporte y mantenimiento.

Ante esta situación surge la iniciativa IMSS Digital, que habilitará mecanismos unificados de operación, atención y control institucionales. IMSS Digital busca brindar canales de atención por Internet y homologar la información a lo largo de la operación, para establecer un control y equilibrio entre ingresos y gastos, mejorando la productividad y el aprovechamiento de los ingresos, así como la disminución de malas prácticas.

Una primera línea de acción se ha centrado en la simplificación y desregulación de trámites patronales. A partir del 3 de junio de 2013, el IMSS puso a disposición de los patrones el Sistema de Pago Referenciado, que les permitirá pagar las cuotas de seguridad social a través de Internet de una manera fácil y confiable¹²⁴. Con este sistema, las 850 mil transacciones mensuales de pago en ventanilla bancaria que realizan los patrones, podrán realizarse vía electrónica evitando traslados, filas y tiempos de espera, el uso de medios magnéticos obsoletos y demás gastos asociados al pago. Bajo esta misma lógica, en el corto plazo, se reducirán los trámites en materia de incorporación y recaudación registrados ante la Comisión Federal de Mejora Regulatoria y se creará un canal alternativo para realizarlos vía Internet.

En el mediano plazo, IMSS Digital ofrecerá a los usuarios una mayor gama de servicios digitales de todas las áreas del Instituto, incluidos los trámites y servicios de prestaciones económicas y sociales, ahorrándoles tiempo y esfuerzo.

Como complemento a las medidas destinadas a incrementar los ingresos, es indispensable que éstas vayan acompañadas de un programa que fortalezca la productividad mediante la contención ordenada en el crecimiento del gasto. En congruencia con los lineamientos de austeridad del Gobierno Federal, la presente administración seguirá las líneas de acción en cuanto al gasto del Sector Salud contenidas en el Plan Nacional de Desarrollo, que dirigen la atención a la necesidad de racionalizar y optimizar el gasto operativo, vigilar los costos de los servicios e impulsar esquemas innovadores para la sostenibilidad financiera del sector salud en el mediano y largo plazos.

Con el apoyo de la Organización para el Desarrollo y la Cooperación Económica, en los últimos años se avanzó en el esquema de compras consolidadas y

¹²⁴ Al 12 de junio de 2013 (a ocho días de haber sido puesto en operación) más de 60 mil patrones se han inscrito al Sistema de Pago Referenciado.

procesos innovadores de subastas de medicamentos. Durante 2013 se continuó con el proceso de compras de medicamentos de manera centralizada, utilizando el poder de compra del Instituto para obtener las mejores condiciones de negociación con los proveedores¹²⁵.

Este año, el Instituto va a liderar la compra consolidada de medicamentos y material de curación más grande en la historia del sector, junto con las secretarías de Salud, Defensa Nacional, Marina, PEMEX, ISSSTE y ocho entidades federativas, que impactará con importantes economías para los sistemas de salud.

En materia de abasto de medicamentos es necesario mejorar la administración de los inventarios. Se optimizará la cadena de suministro desde el proveedor hasta la farmacia para asegurar el abasto oportuno de medicamentos y minimizar los costos por mermas. Al conjuntar esta logística con el control de la prescripción médica, permitirá al Instituto dar un paso importante hacia la eficiencia de uno de los procesos más costosos del sector salud: el surtimiento de medicamentos.

A través de medidas de control y de austeridad se reducirán los gastos administrativos y de operación que no contribuyen a la prestación de un mejor servicio a la población derechohabiente. La implementación de las mejores prácticas en la administración y operación de hospitales permitirá destinar recursos, que normalmente se destinaban a gasto corriente, a la inversión en la modernización del equipamiento e infraestructura de salud.

Mejorar el Modelo de Atención a la Salud

El área médica del IMSS es la mayor demandante de bienes, servicios y personal por ser la principal proveedora de servicios de salud en México. Como tal,

se vuelve imperativo modernizar el modelo de atención médica en el Seguro Social, con el objetivo de hacer eficientes los procesos, elevar la productividad médica, incrementar la oferta, y mejorar la atención con calidad y calidez.

Para responder a las necesidades de salud de una sociedad cambiante, el Instituto ha tenido que adaptar, e incluso cambiar sus modelos de atención a fin de que respondan a la dinámica que imponen la transición demográfica y epidemiológica, fenómenos que se presentan a nivel mundial.

Al tener hoy en día la mayor población derechohabiente en la historia del Instituto con enfermedades crónico-degenerativas, lo que genera una desproporción entre la oferta y la demanda de servicios, es momento de que el Instituto lleve a cabo una transformación del primer nivel de atención. Las Unidades de Medicina Familiar (UMF) deberían atender y resolver 85 por ciento de los problemas de salud, pero en la actualidad no es así. Existen áreas de oportunidad para mejorar la productividad y eficiencia en las unidades, donde una menor capacidad resolutive a la necesaria conlleva a una saturación de los servicios, diferimiento y envío injustificado de pacientes a los niveles de atención de mayor complejidad y costo.

Por ello, se plantea hacer más eficiente el Modelo de Medicina Familiar, que actualmente dirige sus actividades principalmente a la atención curativa. Con el fin de cubrir los problemas de salud vigentes, el médico familiar, en conjunto con la enfermera, ejercerá el liderazgo del equipo de salud y estará actualizado en conocimientos médicos para desarrollar actividades que prevengan y resuelvan los problemas de salud del paciente y su familia. Adicionalmente, se elevará la capacidad resolutive de todo el sistema de atención a la salud del Instituto, pero en particular la del primer nivel

¹²⁵ Tan sólo al arranque de la presente administración, se han obtenido economías en compras de medicamentos por más de 500 millones de pesos.

de atención médica, lo que permitirá descongestionar el segundo y tercer niveles de atención. Esta mejora en la capacidad resolutoria del primer nivel irá acompañada de acciones como la orientación médica telefónica y la telemedicina, que evitan desplazamiento de pacientes en forma innecesaria, permitiendo descongestionar aún más el segundo y el tercer niveles de atención. En este contexto, otra estrategia será la expedición de receta resurtible, que ayudará a contener la afluencia de pacientes a las unidades médicas, reduciendo el número de consultas al año en más de cinco millones.

Como parte de este rediseño, se pondrá también en marcha una nueva estrategia de “Educación para la salud” a través de herramientas informáticas, que permitan la digitalización de la información. Un ejemplo de ello será que se podrá consultar información sobre los padecimientos de baja complejidad más comunes, que le permitan a los pacientes tener un mejor conocimiento y cuidado de su salud, como es el caso de los cuidados maternos durante el embarazo.

Las acciones mencionadas tendrán un impacto directo en la atención del paciente en el segundo y tercer niveles de atención, ya que se prevé una disminución de la demanda de los servicios de urgencias, consultas de especialidad y mejor oportunidad en la programación quirúrgica. Al lograr tiempos más cortos de estancia en los servicios de urgencias y optimizar los tiempos quirúrgicos, también se logrará tener mayor disponibilidad de camas hospitalarias, actividad que se une al incremento de la productividad en las Unidades Médicas de Atención Ambulatoria (UMAA), que mejorarán el uso de la infraestructura.

Es necesario continuar reforzando el Programa de Identificación, Supervisión, Registro y Prevención de Infecciones Nosocomiales, así como el Programa Institucional de Donación y Trasplantes de Órganos, Tejidos y Células, con la finalidad de garantizar la

calidad y seguridad de la atención médica del paciente hospitalizado y disminuir los costos erogados en el segundo y tercer niveles de atención.

En las Unidades Médicas de Alta Especialidad (UMAE) habrán de atenderse, como su nombre lo indica, padecimientos de tercer nivel. Además, se deberá fortalecer la actualización de especialistas como base de la atención médica de alta complejidad, basada en evidencia científica, protocolos de atención médica y principios éticos. Con ello, se continuará fomentando la aplicación del conocimiento médico más reciente y la tecnología más moderna para el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de los enfermos, buscando siempre la excelencia en el ámbito médico con un trato humano al derechohabiente y su familia.

Una parte fundamental para mejorar la calidad de la atención a los derechohabientes está sustentada en la formación de recursos humanos de alta calidad y en la educación continua. Para ello, se han diseñado diversas estrategias que inciden en la formación de médicos especialistas y capacitación con temas específicos para la atención de enfermedades crónico-degenerativas, que como ya se ha mencionado, son las de mayor prevalencia y costo en la Institución. También se fortalecerán las unidades de investigación, además de fortalecer el vínculo con el grupo de médicos que desarrollan investigación biomédica en el Instituto a efecto de privilegiar la estructuración de protocolos y publicaciones apegados a las necesidades de salud de los derechohabientes.

Cuidar la salud de los derechohabientes, mejorar su calidad de vida y ser la parte fundamental en la consolidación del Sistema Nacional de Salud, son las razones que orientan las estrategias que en este Informe se presentan en materia de salud.

Consideraciones finales

A fin de que el Instituto continúe brindando los servicios de seguridad social a la población mexicana, y así contribuir con los objetivos del Plan Nacional de Desarrollo asegurando el acceso a los servicios de salud, es necesario fortalecerlo de manera integral, mediante acciones orientadas hacia la transparencia y la eficiencia.

Es indispensable fortalecer sus ingresos, buscando privilegiar una ampliación de la base gravable en lugar de incrementar las tasas de las contribuciones. El Instituto debe focalizar sus actividades hacia la atención de sus servicios y prestaciones sustantivas, que son las que mayor impacto tienen sobre el bienestar de los derechohabientes. Es fundamental, también, trabajar en acciones concretas que resulten en incrementos a la productividad, brindando más y mejores servicios con calidad y calidez.

El IMSS es una institución tripartita que ha sido pilar de la seguridad social en el país a lo largo de 70 años. Superar la compleja situación financiera y operativa por la que atraviesa no será tarea fácil. Sin embargo, la fortaleza de la institución y compromiso inquebrantable de sus trabajadores para proveer servicios de salud a más de la mitad de la población, permitirán superar los obstáculos actuales y futuros.