



Este capítulo analiza la situación del Seguro de Enfermedades y Maternidad (SEM) que, de acuerdo con la propia Ley, otorga prestaciones en especie y en dinero a trabajadores afiliados, pensionados y sus familiares, en caso de enfermedad no profesional o maternidad⁹⁴.

La sección V.1 analiza la situación financiera del Seguro de Enfermedades y Maternidad, al 31 de diciembre de 2013, a través del estado de actividades. La sección V.2 muestra los resultados de las proyecciones de ingresos y gastos de este Seguro para el periodo 2014-2050, tanto de la parte que cubre a los asegurados como del ramo de Gastos Médicos de Pensionados, así como las primas de equilibrio.

Para comprender la situación de este seguro, la sección V.3 presenta una evaluación de las necesidades en salud de la población afiliada a través de dos métodos: i) los Años de Vida Saludables Perdidos (AVISA), y ii) los principales motivos de demanda de atención médica. El resultado es que las enfermedades crónico-degenerativas no transmisibles representan la mayor carga de enfermedad, medida por Años de Vida Saludables Perdidos, mientras que las infecciones respiratorias, las diarreas y los accidentes continúan siendo el principal motivo de demanda de atención en los servicios de Urgencias y de atención de primera vez en Medicina Familiar. Como se mencionó en el Capítulo I, esta situación

⁹⁴ Ley del Seguro Social, Artículo 84.

es el resultado típico de la transición epidemiológica de una economía emergente, donde persisten las enfermedades del rezago a la vez que se presentan los problemas de una población envejecida. Por lo anterior, el Instituto enfrenta el doble reto de tratar una población con enfermedades crónico-degenerativas y con las enfermedades infecciosas que compiten por los recursos de atención en los servicios de salud. Así, el IMSS tiene dos grandes objetivos: i) mejorar la atención sobre todo en el primer nivel para poder atender los enfermos agudos, y ii) tener una estrategia frontal contra las enfermedades crónicas no transmisibles.

La sección V.4 analiza el primero de estos retos, que es cómo mejorar la gestión de la atención médica para satisfacer la creciente demanda de los servicios de salud. En el primer nivel son tres las estrategias de mejora: i) fortalecer la prevención; ii) incrementar el acceso a la consulta médica, y iii) mejorar la capacidad resolutive. Con estas estrategias se busca mejorar los tiempos de espera y la calidad de la atención, principales motivos de insatisfacción de los derechohabientes. Al incrementar la capacidad resolutive de este nivel, se espera también disminuir la afluencia de pacientes a los servicios de Urgencias del segundo nivel, así como la hospitalización de pacientes crónicos, al evitar complicaciones que requieran internamiento.

En el segundo y tercer niveles de atención existen dos “cuellos de botella”: el servicio de Urgencias y la Atención Hospitalaria. Las causas que los provocan están interrelacionadas y son tres principalmente: i) la insuficiente capacidad resolutive del primer nivel; ii) los problemas de gestión, y iii) problemas asociados al flujo y disponibilidad de camas. Para resolver estos últimos se reorganizará la atención médica, así como la homologación en la calidad y seguridad de la prestación del servicio mediante el uso de guías y protocolos de atención.

La sección V.5 se enfoca en el segundo gran reto del IMSS que son las enfermedades crónicas no transmisibles. Se presentan estimaciones del gasto que ejerce el Instituto con motivo de la atención a seis padecimientos que concentran cerca de 28 por ciento del gasto total del Seguro de Enfermedades y Maternidad: diabetes mellitus, hipertensión arterial, insuficiencia renal, cáncer cérvico-uterino, cáncer de mama y VIH/SIDA. El panorama por estas enfermedades crónicas es de alta presión. Sin embargo, la reducción de la mortalidad por estas causas en los últimos años, con una tendencia decreciente mayor a la de la población general, muestra una tendencia favorable. Pese a esto, el modelo de atención de enfermos crónicos tiene áreas de oportunidad que se presentan al final de esta sección.

La sección V.6 presenta un plan integral para consolidar la excelencia médica en el Instituto, tomando como base la capacitación, la formación de recursos humanos y la investigación médica. Está bien definido que entre la investigación, la educación, la asistencia médica y la prevención puede establecerse un círculo virtuoso. En donde la asistencia abre nuevos caminos a la investigación, ésta incrementa la vitalidad de la educación y la educación eleva la calidad de la asistencia. Como respuesta a esta necesidad, el Instituto cuenta con una estructura sólida y gran tradición en los campos de educación e investigación.

La sección V.7 presenta las contribuciones del IMSS a la construcción del Sistema Nacional de Salud Universal, tal como lo establece el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018. En este sentido, los resultados del Convenio Específico de Intercambio de Servicios en Baja California Sur entre el IMSS, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y la Secretaría de Salud Estatal, muestran beneficios significativos en términos de mejora de la calidad y la oportunidad de la atención a los derechohabientes, al tiempo que se fortalecen

las finanzas del Instituto. Estos beneficios subrayan la importancia de impulsar la celebración de convenios específicos a nivel nacional y ampliar la cartera de servicios, adicionando nuevas intervenciones a intercambiar.

V.1. Estado de actividades

El cuadro V.1 muestra las prestaciones que otorga el Seguro de Enfermedades y Maternidad. A diferencia de otras instituciones de salud, el IMSS ofrece prestaciones médicas sin restricción a los problemas de salud a su población derechohabiente.

El cuadro V.2 presenta el estado de actividades del Seguro de Enfermedades y Maternidad para el ejercicio 2013. Considera dos escenarios: i) con registro parcial, y ii) con registro total del costo neto del periodo del Régimen de Jubilaciones y Pensiones.

El cuadro V.2 presenta que el resultado del ejercicio del Seguro de Enfermedades y Maternidad fue equivalente a un déficit de operación de 48,046 millones de pesos con el registro parcial del costo neto del periodo de las obligaciones laborales del Instituto, y de 628,429 millones de pesos con el efecto del reconocimiento total de las obligaciones.

V.2. Proyecciones financieras de largo plazo

Las proyecciones financieras de los ingresos y los gastos del Seguro de Enfermedades y Maternidad que se comentan en este apartado se refieren al periodo 2014-2050 y resultan de la interacción de diversas variables financieras, económicas y demográficas, tanto internas como externas al Instituto, iguales a las del resto de este reporte.

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

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

Fuente: Ley del Seguro Social.

Cuadro V.2.
Estado de actividades del Seguro de Enfermedades y Maternidad, al 31 de diciembre de 2013
(millones de pesos corrientes)

Concepto	Costo neto del periodo del RJP	
	Con registro parcial	Con registro total
Ingresos y otros beneficios		
Ingresos de la gestión		
Cuotas y aportaciones de seguridad social	195,590	195,590
Ingresos por venta de bienes y servicios		
Ingresos por venta de bienes y servicios de organismos descentralizados	1,592	1,592
Otros ingresos y beneficios		
Ingresos financieros		
Intereses ganados de valores, créditos, bonos	6,992	6,992
Otros ingresos y beneficios varios	12,073	12,073
Total de ingresos	216,247	216,247
Gastos y otras pérdidas		
Gastos de funcionamiento		
Servicios de Personal ^{1/}	127,329	122,918
Materiales y suministros	43,037	43,037
Servicios generales y subrogación de servicios	16,597	16,597
Subsidios	9,551	9,551
Otros gastos y pérdidas		
Estimaciones, depreciaciones y deterioro	8,347	8,347
Otros gastos	5,430	5,430
Pagos a pensionados y jubilados IMSS ^{2/}	45,372	49,783
Costo por beneficios a empleados (RJP) ^{2/}	8,630	589,013
Total de gastos	264,293	844,676
Resultado del ejercicio	-48,046	-628,429

^{1/} En el rubro de servicios de Personal con registro total no se consideran 4,411 millones de pesos correspondientes a los pagos por prima de antigüedad y las aportaciones del Instituto al Régimen de Jubilaciones y Pensiones (RJP), de acuerdo con las cláusulas contractuales, ya que están incluidos en el rubro de pagos a pensionados y jubilados IMSS.

^{2/} El costo neto del periodo determinado por el despacho externo Lockton México, Agente de Seguros y de Fianzas, S. A. de C. V., por 638,796 millones de pesos en 2013, se integra por los rubros de pagos a pensionados y jubilados IMSS y el costo por beneficios a empleados del Régimen de Jubilaciones y Pensiones.

Fuente: Dirección de Finanzas, IMSS, a partir de los Estados Financieros dictaminados al 31 de diciembre de 2013 y 2012, y de la Valuación Actuarial del Régimen de Jubilaciones y Pensiones y Prima de Antigüedad de los Trabajadores del Instituto Mexicano del Seguro Social bajo la Norma de Información Financiera D-3 "Beneficios a los Empleados", al 31 de diciembre de 2013 y Proyecciones para 2014.

Los ingresos que se proyectan son:

- i) Cuotas obrero-patronales.
- ii) Aportaciones a cargo del Gobierno Federal.
- iii) Otros ingresos.

Los gastos que se proyectan son:

- i) Gasto corriente, en el cual se incluyen los capítulos de servicios de Personal, Materiales y Suministros, y Servicios Generales.
- ii) Prestaciones económicas, en las que se incorporan los gastos del Régimen de Jubilaciones y Pensiones asignables al Seguro de Enfermedades y Maternidad, en sus dos coberturas (Asegurados y Gastos Médicos Pensionados), así como los subsidios por enfermedad general y por maternidad que se contemplan en la cobertura de Asegurados.
- iii) Inversión física.
- iv) Otros gastos.

Las variables básicas que determinan la capacidad de financiamiento del Seguro de Enfermedades y Maternidad para hacer frente a los gastos de ese seguro son el número de trabajadores y el crecimiento del salario base de cotización (SBC). Por tal razón, en este apartado se realiza un análisis orientado a determinar el nivel que deberían tener las primas y contribuciones tripartitas que establece la Ley del Seguro Social para poder cubrir los gastos proyectados.

En las secciones V.2.1, V.2.2 y V.2.3 se presentan los resultados de las proyecciones de ingresos y gastos del Seguro de Enfermedades y Maternidad, de los asegurados activos y de la cobertura de Gastos Médicos de Pensionados, así como las primas de equilibrio⁹⁵ correspondientes.

V.2.1. Seguro de Enfermedades y Maternidad

De acuerdo con las cifras del cierre estimado para 2014, se espera que para este seguro, en el presente ejercicio, los ingresos por cuotas obrero-patronales, aportaciones del Gobierno Federal y otros ingresos asciendan a 211.7 miles de millones de pesos y representen 80 por ciento de los gastos previstos⁹⁶ (cuadro V.3). El déficit del Seguro de Enfermedades y Maternidad se proyecta en 52,507 millones de pesos, cantidad superior en 437 millones de pesos al estimado en el Informe anterior de 52,071 millones de pesos⁹⁷ para el mismo año.

En el cuadro V.3 se muestra que el nivel de ingresos por cuotas obrero-patronales y aportaciones del Gobierno Federal del Seguro de Enfermedades y Maternidad con respecto a los gastos va disminuyendo en el transcurso del periodo proyectado, de manera que de representar 77 por ciento en 2014, en el año 2050 se estima que constituirán sólo 61 por ciento de los gastos.

⁹⁵ Las primas de equilibrio se refieren a las aportaciones tripartitas expresadas en porcentaje del salario base de cotización que permitirían equilibrar los ingresos y los gastos del seguro en el periodo de proyección analizado.

⁹⁶ Las cifras estimadas para el cierre del ejercicio constituyen el punto de partida de las proyecciones de corto y largo plazos.

⁹⁷ Esta cifra corresponde a 50,132 millones de pesos "reexpresados" en pesos de 2014 con una inflación estimada de 3.81 por ciento.

Cuadro V.3.
Presupuesto 2014, cierre estimado 2014 y proyección 2015-2050 de ingresos, gastos y resultado
del Seguro de Enfermedades y Maternidad
(millones de pesos de 2014)

Concepto	2014		2015	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050
	Presupuesto	Cierre estimado								
Ingresos										
Cuotas obrero-patronales	138,660	138,433	142,862	165,885	183,337	195,817	209,290	221,554	233,071	245,187
Aportación del Gobierno Federal	65,337	65,845	68,008	78,833	84,741	87,406	89,013	89,656	89,739	89,822
Otros ^{1/}	7,625	7,384	6,997	4,762	4,983	5,124	5,519	6,188	7,001	8,008
Ingresos totales	211,621	211,662	217,867	249,480	273,061	288,347	303,823	317,398	329,810	343,017
Gastos										
Corriente ^{2/}	198,263	198,692	204,149	239,824	268,476	299,330	333,693	372,719	417,536	469,533
Prestaciones económicas ^{3/}	60,524	60,919	65,888	83,923	91,003	97,657	99,411	93,033	84,595	73,363
Inversión física	4,705	4,559	4,705	4,705	4,705	4,705	4,705	4,705	4,705	4,705
Gastos totales	263,491	264,170	274,742	328,452	364,184	401,692	437,809	470,458	506,836	547,601
Resultado financiero	-51,870	-52,507	-56,875	-78,972	-91,124	-113,345	-133,987	-153,060	-177,026	-204,584
Primas (% del salario base de cotización)										
De contribución (PC)	12.3	12.3	12.3	12.3	12.2	12.1	11.9	11.7	11.6	11.4
De reparto (PR)	15.9	15.9	16.1	16.5	16.6	17.1	17.5	17.7	18.2	18.6
Media nivelada (PMN)	17.0	17.1	17.1	17.1	17.1	17.1	17.1	17.1	17.1	17.1
Diferencia (PMN-PC)	4.7	4.7	4.7	4.7	4.9	5.0	5.2	5.3	5.5	5.7

^{1/} Incluye: otros ingresos, productos financieros de las reservas y aportaciones de los trabajadores al fondo de jubilación.

^{2/} Incluye el gasto en: servicios de personal, materiales y suministros y servicios generales.

^{3/} Incluye el gasto en subsidios y ayudas y el gasto de la nómina del Régimen de Jubilaciones y Pensiones.

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

Fuente: Dirección de Finanzas, IMSS.

El cuadro V.3 denota que la prima de contribución actual del Seguro de Enfermedades y Maternidad equivale a 12.3 por ciento del salario base de cotización⁹⁸; sin embargo, esta prima disminuirá en el periodo proyectado, de manera que en el año 2030 se ubicará en 12.1 por ciento y en el 2050 descenderá a 11.4 por ciento (gráfica V.1). Este efecto decreciente se debe a la composición de los ingresos por cuotas correspondientes a las prestaciones en especie de los asegurados activos, situación que se explicará con mayor detalle en la sección referente a esa cobertura.

Con base en el comportamiento esperado de la prima del Seguro de Enfermedades y Maternidad, se estima que para que este seguro registre equilibrio financiero durante el periodo de proyección, se requeriría que la Prima de Reparto estuviera en un rango de entre

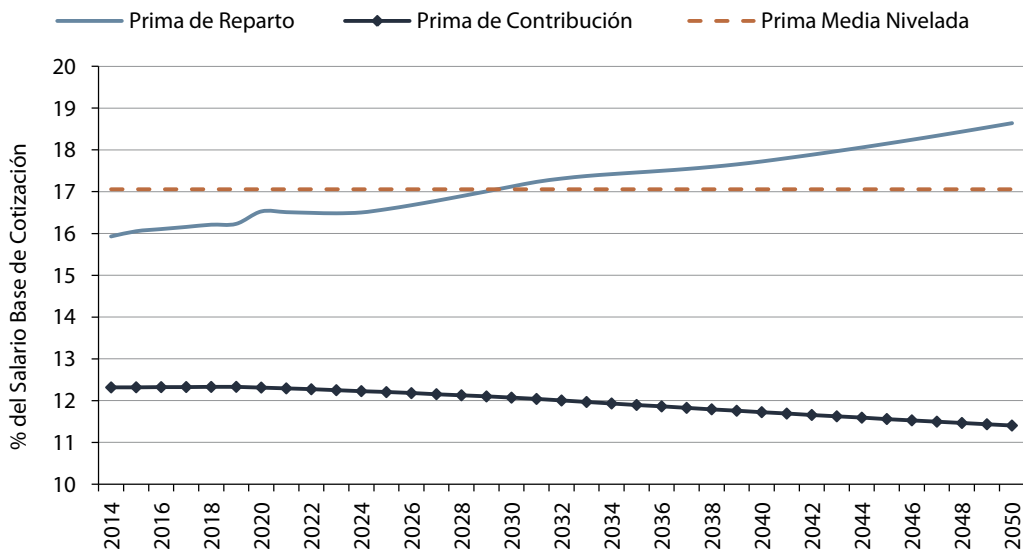
15.9 y 18.6 por ciento del salario base de cotización o bien, que se mantuviera en un promedio de 17.1 por ciento durante dicho periodo.

V.2.2. Seguro de Enfermedades y Maternidad-Asegurados

Este apartado analiza la parte del Seguro de Enfermedades y Maternidad que cubre a los asegurados activos sin incluir a los pensionados. El cuadro V.4 muestra que para el cierre de 2014 se espera un déficit financiero en esta cobertura de poco más de 16 mil millones de pesos.

Los ingresos por cuotas obrero-patronales y aportaciones del Gobierno Federal estimados para el cierre del año para cubrir a los trabajadores activos

Gráfica V.1.
Prima de reparto, de contribución y media nivelada del Seguro de Enfermedades y Maternidad, 2014-2050



Fuente: Dirección de Finanzas, IMSS.

⁹⁸ La prima de 12.3 por ciento del salario base de cotización es una prima inferida, ya que si bien en la cobertura de Gastos Médicos de Pensionados las cuotas que pagan los patrones, los trabajadores y el Gobierno Federal dependen de una prima indexada al salario base de cotización, no sucede así con la cobertura de Asegurados, cuyo esquema de aportaciones está integrado con varios componentes, de acuerdo con los Artículos 105 al 108 de la Ley del Seguro Social.

Cuadro V.4.
Presupuesto 2014, cierre estimado 2014 y proyección 2015-2050 de ingresos, gastos y resultado del Seguro de
Enfermedades y Maternidad, Trabajadores Activos
(millones de pesos de 2014)

Concepto	2014		2015	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050
	Presupuesto	Cierre estimado								
Ingresos										
Cuotas obrero-patronales	114,558	114,371	118,030	137,051	151,470	161,781	172,912	183,044	192,559	202,569
Aportación del Gobierno Federal	64,008	64,506	66,625	77,230	83,017	85,628	87,203	87,832	87,913	87,995
Otros ^{1/}	6,569	6,359	5,934	3,733	3,917	4,037	4,356	4,887	5,531	6,330
Ingresos totales	185,135	185,236	190,589	218,014	238,403	251,447	264,471	275,763	286,004	296,894
Gastos										
Corriente ^{2/}	150,703	148,637	151,819	176,457	194,534	212,281	230,480	252,679	277,543	308,618
Prestaciones económicas ^{3/}	48,768	48,201	52,592	67,822	72,215	75,539	73,186	62,533	49,025	32,477
Inversión física	4,705	4,559	4,705	4,705	4,705	4,705	4,705	4,705	4,705	4,705
Gastos totales	204,177	201,396	209,116	248,984	271,455	292,525	308,372	319,918	331,273	345,800
Resultado financiero	-19,041	-16,160	-18,527	-30,970	-33,051	-41,079	-43,901	-44,155	-45,270	-48,906
Primas (% del salario base de cotización)										
De contribución (PC)	10.7	10.8	10.8	10.8	10.7	10.5	10.4	10.2	10.0	9.9
De reparto (PR)	12.3	12.1	12.2	12.5	12.4	12.5	12.3	12.1	11.9	11.8
Media nivelada (PMN)	12.2	12.2	12.2	12.2	12.2	12.2	12.2	12.2	12.2	12.2
Diferencia (PMN-PC)	1.5	1.5	1.4	1.5	1.6	1.7	1.9	2.0	2.2	2.3

^{1/} Incluye: otros ingresos, productos financieros de las reservas y aportaciones de los trabajadores al fondo de jubilación.

^{2/} Incluye el gasto en: servicios de personal, materiales y suministros y servicios generales.

^{3/} Incluye el gasto en subsidios y ayudas y el gasto de la nómina del Régimen de Jubilaciones y Pensiones.

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

Fuente: Dirección de Finanzas, IMSS.

equivalen a una prima de contribución de 10.8 por ciento con respecto al salario base de cotización⁹⁹, la cual se espera que vaya disminuyendo paulatinamente durante el periodo de proyección, hasta alcanzar un nivel de 9.9 por ciento en 2050. Esta disminución obedece a la forma como está estructurado el esquema de financiamiento de este ramo de aseguramiento, así como a las hipótesis que se manejan para proyectar sus ingresos, mismas que están en concordancia con el comportamiento observado, y son las siguientes: i) crecimiento real del salario mínimo general vigente en el Distrito Federal de 0.4 por ciento en promedio, y ii) crecimiento real del salario base de cotización de 0.7 por ciento.

Para todo el periodo de proyección, la prima media nivelada requerida es de 12.2 por ciento con respecto al salario base de cotización, mientras que la prima de reparto se estima en 12.1 por ciento (2014) respecto al salario base de cotización, mismas que comparadas con la prima de contribución actual de 10.8 por ciento distan en 1.5 y 1.4 puntos porcentuales, respectivamente (gráfica V.2).

⁹⁹ El Seguro de Enfermedades y Maternidad-Asegurados tiene establecido en la Ley del Seguro Social un esquema de financiamiento para las prestaciones en especie y en dinero integrado por varios componentes, que son los siguientes: i) una cuota fija patronal de 20.4 por ciento de un salario mínimo general vigente en el Distrito Federal; ii) una cuota obrero-patronal de 1.5 por ciento aplicable a la diferencia del salario base de cotización menos tres salarios mínimos generales vigentes en el Distrito Federal, y iii) una cuota fija a cargo del Gobierno Federal de 13.9 por ciento de un salario mínimo general vigente en el Distrito Federal en julio de 1997, la cual, desde esa fecha, se ha ido indexando trimestralmente con la inflación.

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

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

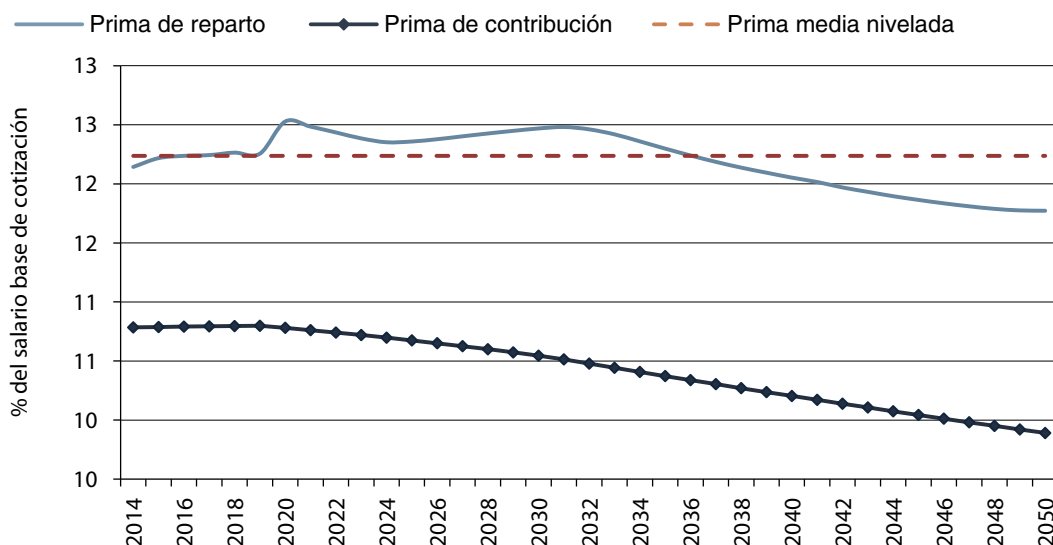
V.2.3. Gastos Médicos de Pensionados

Esta sección analiza la trayectoria financiera del ramo de Gastos Médicos de Pensionados del Seguro de Enfermedades y Maternidad, que se encuentra estrechamente ligada a la transición demográfica y epidemiológica expuesta en el Capítulo I: i) una población derechohabiente más envejecida demanda servicios de salud en mayor cantidad y de mayor complejidad y costo, y ii) la población en edad de cotizar disminuye con relación a los pensionados¹⁰⁰.

De acuerdo con cifras del cierre estimado, y considerando el registro parcial del pasivo derivado del Régimen de Jubilaciones y Pensiones, en 2014 la cobertura de Gastos Médicos de Pensionados registrará un déficit de 36,349 millones de pesos, el cual representará 143 por ciento de sus ingresos por cuotas obrero-patronales y aportaciones del Gobierno Federal. Las proyecciones realizadas en el cuadro V.5 indican que en el año 2050 el déficit de Gastos Médicos de Pensionados podría llegar a representar 350 por ciento de los ingresos por cuotas obrero-patronales y aportaciones del Gobierno Federal.

¹⁰⁰ Este ramo toma los ingresos de los trabajadores actuales para financiar los Gastos Médicos de Pensionados actuales.

Gráfica V.2.
Prima de reparto, de contribución y media nivelada de la cobertura de Asegurados del Seguro de Enfermedades y Maternidad, 2014-2050



Fuente: Dirección de Finanzas, IMSS.

Cuadro V.5.
Presupuesto 2014, cierre estimado 2014 y proyección 2015-2050 de ingresos, gastos y resultado de la cobertura de Gastos Médicos de Pensionados
(millones de pesos de 2014)

Concepto	2014		2015	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050
	Presupuesto	Cierre estimado								
Ingresos										
Cuotas obrero-patronales	24,101	24,062	24,832	28,834	31,867	34,036	36,378	38,510	40,512	42,618
Aportación del Gobierno Federal	1,329	1,339	1,383	1,603	1,724	1,778	1,810	1,824	1,825	1,827
Otros ^{1/}	1,055	1,025	1,063	1,028	1,066	1,087	1,163	1,302	1,470	1,678
Ingresos totales	26,486	26,426	27,278	31,466	34,657	36,901	39,352	41,635	43,807	46,123
Gastos										
Corriente ^{2/}	47,559	50,055	52,330	63,367	73,942	87,049	103,213	120,040	139,993	160,915
Prestaciones económicas ^{3/}	11,755	12,718	13,296	16,101	18,787	22,118	26,225	30,500	35,570	40,886
Inversión física	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Gastos totales	59,314	62,773	65,626	79,468	92,729	109,167	129,438	150,540	175,563	201,801
Resultado financiero	-32,829	-36,347	-38,348	-48,002	-58,072	-72,266	-90,086	-108,905	-131,756	-155,678
Primas (% del salario base de cotización)										
De contribución (PC)	1.5	1.5	1.5	1.5	1.5	1.5	1.5	1.5	1.5	1.5
De reparto (PR)	3.6	3.8	3.8	4.0	4.2	4.7	5.2	5.7	6.3	6.9
Media nivelada (PMN)	4.8	4.8	4.8	4.8	4.8	4.8	4.8	4.8	4.8	4.8
Diferencia (PMN-PC)	3.3	3.3	3.3	3.3	3.3	3.3	3.3	3.3	3.3	3.3

^{1/} Incluye: otros ingresos, productos financieros de las reservas y aportaciones de los trabajadores al fondo de jubilación.

^{2/} Incluye el gasto en: servicios de personal, materiales y suministros y servicios generales.

^{3/} Incluye el gasto de la nómina del Régimen de Jubilaciones y Pensiones.

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

Fuente: Dirección de Finanzas, IMSS.

Estos porcentajes son mayores a los que se estimaron en el Informe anterior debido a que se prevé que los egresos de esta cobertura crecerán más del doble que los ingresos por concepto de cuotas obrero-patronales y aportaciones del Gobierno.

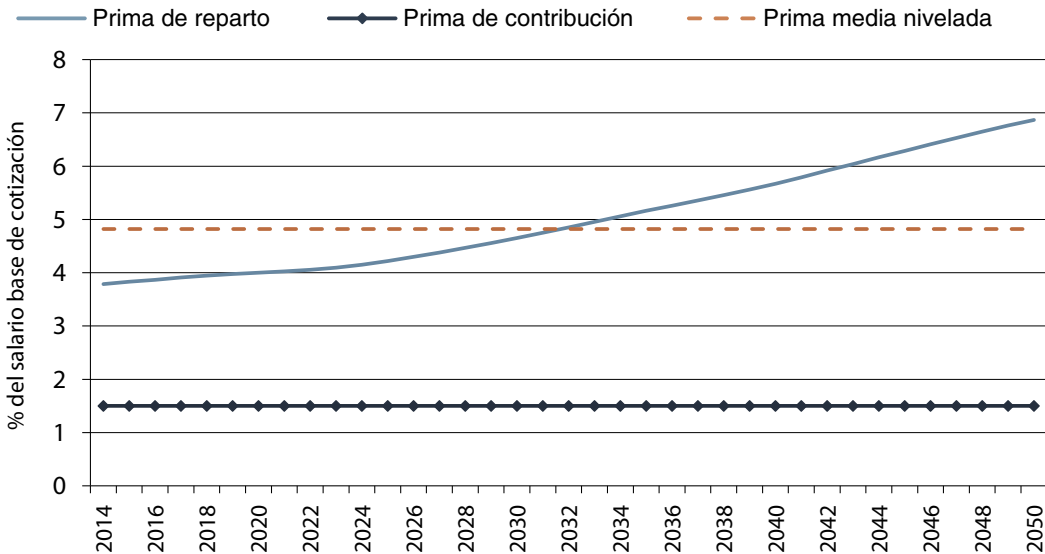
Las proyecciones ponen de manifiesto que la prima de contribución de 1.5 por ciento del salario base de cotización que establece la Ley del Seguro Social para el financiamiento de Gastos Médicos de Pensionados es insuficiente para respaldar los gastos de esta cobertura. En este sentido, se calcula que su equilibrio financiero podría lograrse en el periodo 2014-2050 con una prima media nivelada de 4.8 por ciento del salario base de cotización, o con una prima de reparto que tendría que ir aumentando año con año hasta llegar a 6.9 por ciento del salario base de cotización en el 2050 (gráfica V.3).

V.2.4. Resumen

El cuadro V.6 muestra el déficit financiero que se podría registrar al 2050 en el Seguro de Enfermedades y Maternidad en cada una de sus dos coberturas (Asegurados Activos y Gastos Médicos de Pensionados). Se calcula que el déficit medido en flujo anual crecería en términos reales a un ritmo promedio de 4 por ciento por año, hasta llegar en 2050 a 204,584 millones de pesos. En valor presente de dicho déficit ascendería a 2.2 billones de pesos en el periodo de proyección 2014-2050.

Para que el Seguro de Enfermedades y Maternidad en sus dos coberturas pudiera registrar equilibrio financiero durante el lapso analizado, se requeriría que la prima de contribución se incrementara para alcanzar los niveles que se indican en el cuadro V.7.

Gráfica V.3.
Prima de reparto, de contribución y media nivelada de la cobertura de Gastos Médicos de Pensionados del Seguro de Enfermedades y Maternidad, 2014-2050



Fuente: Dirección de Finanzas, IMSS.

Cuadro V.6.
Cierre 2014 y proyección 2015-2050 del déficit
financiero del Seguro de Enfermedades y Maternidad y
de sus coberturas
(millones de pesos de 2014)

Año	Asegurados	Gastos	
		Médicos de Pensionados	Total
2014	12,876	35,112	47,988
2015	16,026	37,057	53,083
2017	20,337	40,859	61,197
2018	21,920	42,745	64,665
2020	29,693	46,438	76,132
2025	32,586	56,247	88,833
2030	41,746	70,118	111,864
2035	45,476	87,539	133,014
2040	46,563	105,943	152,506
2045	48,612	128,301	176,913
2050	52,877	151,707	204,584
Valor presente^{1/}			
10 años	188,728	357,816	546,544
20 años	414,385	743,249	1,157,635
30 años	607,442	1,159,629	1,767,071
37 años	716,402	1,458,266	2,174,668

^{1/} Calculado con una tasa de descuento de 3.5 por ciento real.
Fuente: Dirección de Finanzas, IMSS.

Cuadro V.7.
Incremento necesario en la prima de contribución para
obtener equilibrio financiero en el Seguro de
Enfermedades y Maternidad y en sus coberturas

Seguro-Cobertura	Prima de contribución	
	Actual (2014)	Media nivelada
Asegurados activos	10.8	12.2
Gastos Médicos de Pensionados	1.5	4.8
Total	12.3	17.1

Fuente: Dirección de Finanzas, IMSS.

V.3. Necesidades de salud de la población derechohabiente

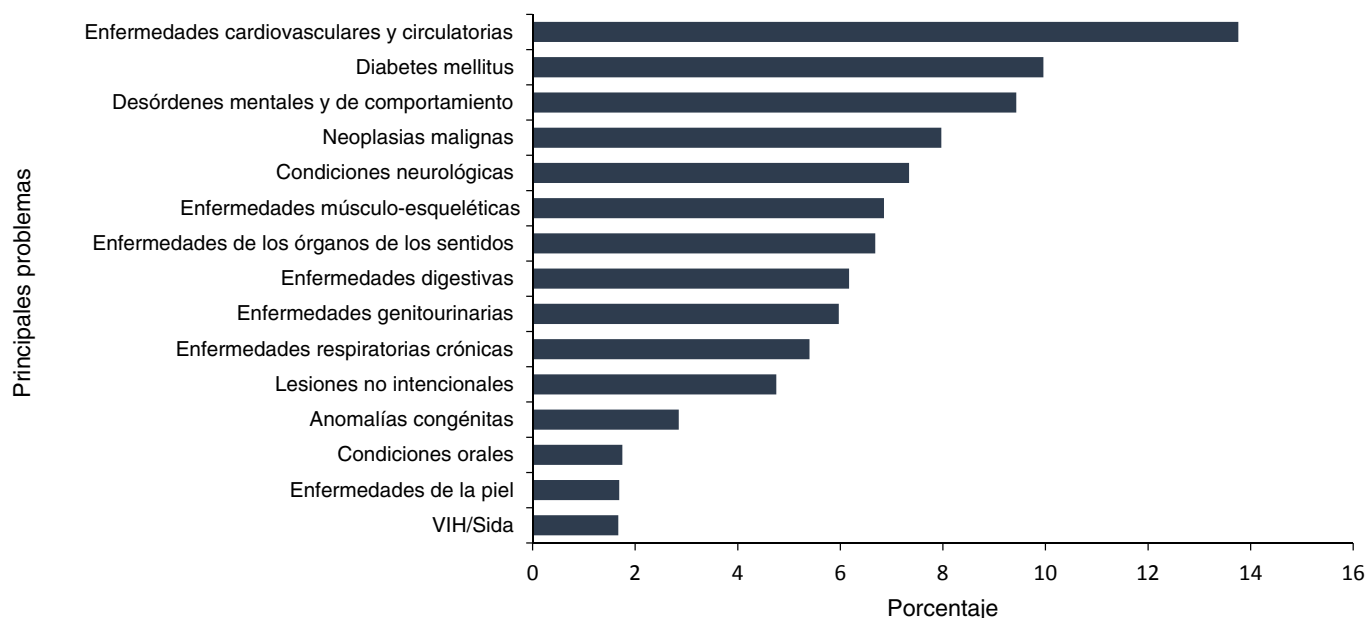
Para medir las necesidades de salud de la población, la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda la utilización del indicador de Años de Vida Saludables Perdidos Ajustados por Discapacidad (AVISA)¹⁰¹. Este indicador compuesto es una medida que sintetiza tres dimensiones de salud que afectan la vida de la población: la frecuencia con la que ésta se enferma, la gravedad de la enfermedad (medida como discapacidad) y la edad de la muerte, es decir, integra los años vividos con discapacidad y los años perdidos debido a la muerte prematura. De esta manera, permite reorganizar las prioridades de salud.

La gráfica V.4 muestra la carga de la enfermedad medida por este indicador en el IMSS en el año 2010 (último año disponible en el acervo de información hasta el momento). Las enfermedades cardiovasculares y circulatorias, diabetes mellitus, desórdenes mentales y del comportamiento, cáncer, problemas neurológicos y enfermedades músculo-esqueléticas contribuyeron con cerca de la mitad de los 13 millones de Años de Vida Saludables Perdidos Ajustados por Discapacidad. Llama la atención la emergencia de los desórdenes mentales y del comportamiento, los problemas neurológicos y las enfermedades músculo-esqueléticas que, a pesar de no representar las principales causas de mortalidad, sí son causa de discapacidad por periodos prolongados. La infección por VIH es la única enfermedad infecciosa que aparece dentro de estas 15 principales enfermedades para el IMSS, bajo esta metodología.

¹⁰¹ Los Años de Vida Saludables Perdidos Ajustados por Discapacidad son la suma de 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. Por ejemplo, si un individuo, cuya esperanza de vida al nacer era de 80 años, falleciera por diabetes a los 60 años, perdería 20 años por su muerte prematura. Si el mismo individuo adquirió la enfermedad a los 45 años y desarrolló insuficiencia renal a los 50, lo que le produjo una discapacidad de 33 por ciento, entre los 50 y 60 años, entonces vivió 10 años con reducción de 0.33 por ciento de su capacidad funcional, lo que equivaldría a 3.3 años perdidos adicionales a los 20 ocasionados por la muerte, es decir, en total se perdieron 23.3 Años de Vida Saludables Perdidos Ajustados por Discapacidad.

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

(porcentaje de Años de Vida Saludables Perdidos Ajustados por Discapacidad. Total: 12'728,130 años)



Fuente: Dirección de Prestaciones Médicas, IMSS.

La otra manera de evaluar las necesidades de salud de la población derechohabiente, y de gran relevancia para la gestión de los servicios, es por la demanda de atención médica, expresada como consulta externa, uso de servicios de Urgencias y Hospitalización, como lo muestran los cuadros V.8 al V.11. En el 2013, el IMSS otorgó 129.5 millones de consultas. De éstas, 77 por ciento se otorgaron en el primer nivel; 20 por ciento en el segundo nivel, y 3 por ciento en el tercer nivel de atención. Las infecciones respiratorias, los traumatismos y envenenamientos, así como las infecciones intestinales son los principales motivos de consulta de primera vez en las Unidades de Medicina Familiar y Urgencias. Adicionalmente, las enfermedades crónicas no transmisibles son los primeros motivos de consulta de especialidad y de hospitalización en segundo y tercer niveles.

Esta mezcla de padecimientos tiene implicaciones importantes en la atención médica. Las enfermedades infecciosas y accidentes son eventos agudos que requieren de consulta de manera inmediata, buscan la atención sin cita previa y compiten en la consulta de Medicina Familiar con la atención de enfermos crónicos que ocupan la mayor parte de la agenda con cita previa.

En conclusión, al ser México un país emergente, enfrenta un doble reto: el primero, las enfermedades crónico-degenerativas no transmisibles, de cada vez mayor complejidad, que representan la mayor carga de enfermedad medida por Años de Vida Saludables Perdidos Ajustados por Discapacidad; el segundo, las infecciones respiratorias, las diarreas y los accidentes, que son el principal motivo de demanda de atención en los servicios de Urgencias y de atención de

Cuadro V.8.
10 Principales motivos de consultas de Medicina Familiar en el IMSS, 2013

Primera vez		Subsecuente			
1	Infecciones respiratorias agudas	5,255,480	1	Enfermedades del corazón (incluye hipertensión)	16,455,116
2	Control de embarazo y niño sano	2,315,152	2	Diabetes mellitus	13,058,205
3	Traumatismos y envenenamientos	1,102,466	3	Control de embarazo y niño sano	5,302,490
4	Enfermedades Infecciosas Intestinales	919,511	4	Traumatismos y envenenamientos	2,445,032
5	Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	702,714	5	Artropatías	1,953,009
6	Infección de las vías urinarias	596,714	6	Trastornos mentales y del comportamiento	1,802,979
7	Dorsopatías	588,450	7	Infecciones respiratorias agudas	1,728,639
8	Embarazo, parto y postparto	532,099	8	Trastornos de los lípidos	1,189,397
9	Trastornos de la piel y músculo	432,987	9	Dorsopatías	1,084,536
10	Artropatías	408,936	10	Embarazo, parto y postparto	986,194
Suma de las 10 principales causas		12,854,509	Suma de las 10 principales causas		46,005,597
Total		20,457,420	Total		62,831,446

Fuente: Dirección de Prestaciones Médicas, IMSS.

Cuadro V.9.
10 Principales motivos de consultas de Urgencias en el IMSS, 2013

	TOTAL	
1	Infecciones respiratorias agudas	4,044,791
2	Traumatismos y envenenamientos	3,186,442
3	Enfermedades infecciosas intestinales	1,862,087
4	Enfermedades del corazón (incluye hipertensión arterial)	765,409
5	Infección de las vías urinarias	613,791
6	Dorsopatías	603,100
7	Embarazo, parto y postparto	529,128
8	Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	517,843
9	Personas sanas que acuden a los servicios por otros motivos	487,578
10	Diabetes mellitus	396,678
Suma de las 10 principales causas		13,006,847
Total general		21,251,490

Fuente: Dirección de Prestaciones Médicas, IMSS.

Cuadro V.10.
10 Principales motivos de consultas de Especialidades en el IMSS, 2013

	TOTAL	
1	Traumatismos y envenenamientos	1,636,477
2	Tumores malignos	1,077,879
3	Control de embarazo y niño sano	930,960
4	Artropatías	911,461
5	Enfermedades del corazón (incluye hipertensión arterial)	850,155
6	Dorsopatías	677,610
7	Diabetes mellitus	677,084
8	Trastornos mentales y del comportamiento	657,727
9	Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	521,222
10	Insuficiencia renal	509,113
Suma de las 10 principales causas		8,449,688
Total general		20,039,950

Fuente: Dirección de Prestaciones Médicas, IMSS.

Cuadro V.11.
10 Principales motivos de egresos hospitalarios en camas censables en el IMSS, 2013

	TOTAL
1 Embarazo, parto y postparto	448,708
2 Traumatismos y envenenamientos.	143,192
3 Enfermedades del corazón (incluye hipertensión arterial)	105,165
4 Colelitiasis y colecistitis	85,051
5 Tumores malignos	83,514
6 Insuficiencia renal	77,134
7 Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	75,624
8 Diabetes mellitus	68,366
9 Enfermedades del apéndice	52,123
10 Neumonía e influenza	38,111
Suma de las 10 principales causas	1,176,988
Total general	2,049,351

Fuente: Dirección de Prestaciones Médicas, IMSS.

primera vez en Medicina Familiar. Esta situación es el resultado de una transición epidemiológica retardada donde persisten las enfermedades del rezago, a la vez que se presentan los problemas de una población envejecida. Por lo anterior, el Instituto enfrenta el doble reto de mejorar la atención en el primer nivel para poder atender a los enfermos agudos y tener una estrategia frontal contra las enfermedades crónicas no transmisibles.

V.4. Gestión médica

Para atender estas necesidades de salud, el IMSS cuenta con 1,502 Unidades de Medicina Familiar, 246 Hospitales de segundo nivel y 36 Unidades Médicas de tercer nivel (25 Unidades Médicas de Alta Especialidad y 11 Unidades complementarias como son Bancos de Sangre, Unidades de Rehabilitación y Hospital de Infectología). Asimismo, cuenta con una amplia oferta de servicios que van desde la prevención y la atención médico-quirúrgica, hasta la rehabilitación. A continuación se presentan los retos que representan el envejecimiento de la población y la transición epidemiológica retardada.

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 de atención. Tradicionalmente, el primer nivel debe resolver 85 por ciento de los problemas de salud. Sin embargo, en el IMSS, por diversos problemas que disminuyen la capacidad resolutoria, este nivel atiende 77 por ciento del total de consultas otorgadas en los tres niveles de atención.

En el primer nivel son tres las estrategias de mejora: fortalecer la prevención, incrementar el acceso a la consulta médica y mejorar la capacidad resolutoria. Con estas estrategias se busca mejorar los tiempos de espera y la calidad de la atención, principales motivos de insatisfacción de los derechohabientes. Al incrementar la capacidad resolutoria de este nivel, se espera también disminuir la afluencia de pacientes a los servicios de Urgencias del segundo nivel, así como la hospitalización de pacientes crónicos, al evitar complicaciones que requieran internamiento.

V.4.1. Prevención

Las intervenciones en salud pública, incluidas en PREVENIMSS, contemplan acciones para esta gama de enfermedades infecciosas y crónicas no transmisibles. Por un lado, el programa de vacunación permanente mantiene bajo control las enfermedades del rezago para evitar su reemergencia y, por el otro, se promueven cambios de estilos de vida saludables, con el objeto de disminuir los factores de riesgo relacionados con desarrollo de enfermedades crónicas. Un estudio reciente reveló que el control del sobrepeso y la obesidad, de la inactividad física, del consumo de alcohol y tabaco, riesgos laborales, así como de factores fisiológicos elevados como la glucosa, la tensión arterial y el colesterol, podría evitar la pérdida de 5.2 millones de Años de Vida Saludables Perdidos Ajustados por Discapacidad, es decir,

41 por ciento de los Años de Vida Saludables Perdidos Ajustados por Discapacidad perdidos en el IMSS¹⁰². Adicionalmente, la detección y tratamiento oportunos de la tuberculosis, la infección por VIH, diabetes, hipertensión y algunos cánceres permiten modificar favorablemente la historia natural de la enfermedad, iniciar tratamiento oportuno y adecuado, y evitar muerte prematura, así como complicaciones que afectan la calidad de vida de los derechohabientes e incrementan los costos de la atención médica. Este último tema de enfermedades crónicas será cubierto con mayor amplitud en la sección V.5.

Vacunación

El país cuenta con un exitoso programa de vacunación, moderno y de amplia cobertura. Para contribuir a la vacunación universal, el IMSS vacunó en 2013 a 7.1 millones de niños, un millón más de niños vacunados que el año anterior (6.1 millones), que representan 43 por ciento de la población menor de ocho años del país. De esta manera, la acción conjunta del Sector Salud ha sido primordial en la erradicación de la poliomielitis, la eliminación

del sarampión y la difteria, así como en el control de tétanos, rubéola congénita y enfermedades invasivas por *Haemophilus Influenzae b*. Las importantes coberturas de vacunación han evitado la reintroducción de sarampión o poliomielitis, a pesar de que personas enfermas provenientes de otros países han visitado México en años recientes.

El IMSS fue la primera institución en introducir la vacuna pentavalente acelular (difteria, pertusis, tétanos acelular, antipoliomielitis inactivada y *Haemophilus influenzae*) junto con la vacuna antineumocócica 13 valente y contra rotavirus en el esquema del niño menor de un año. También ofrece la vacuna contra hepatitis A en los niños del Sistema de Guarderías, manteniéndose a la vanguardia con las mejores prácticas internacionales.

El cuadro V.12 presenta los esquemas de vacunación para los diferentes grupos de edad. El menor de ocho años recibe 10 vacunas y se protege contra 15 enfermedades. Este esquema está integrado por vacunas que tienen un gran historial, como la BCG (tuberculosis), difteria, pertusis, tétanos,

Cuadro V.12.
Esquema de vacunación por grupo de edad (año de introducción^{1/})

Esquema de vacunación en el niño	Esquema de vacunación en el adolescente	Esquema de vacunación en la mujer y en el hombre	Esquema de vacunación en el adulto mayor
Tuberculosis (1970)			
Difteria, Pertusis y Tétanos (1970)	Tétanos y Difteria (1997)	Tétanos y Difteria (1997)	Neumocócica 23 valente (1993)
Antipoliomielítica* (1970)	Hepatitis B (1997)	Influenza (2010)	Influenza (1993)
Influenza (1993)	Sarampión y Rubéola (2000)	Tétanos, Difteria y Pertusis Acelular **** (2013)	Tétanos y Difteria (1997)
Hepatitis B (1997)	Virus del Papiloma Humano*** (2009)		
Sarampión, Rubéola y Parotiditis (1998)			
Pentavalente Acelular (2007)			
Rotavirus (2007)			
Neumocócica conjugada (2007)			
Hepatitis A** (2011)			

^{1/} Año de incorporación al esquema de vacunación del IMSS.

* En Semanas Nacionales. ** En guarderías IMSS. *** Sólo en niñas de quinto año de primaria. **** Sólo en embarazadas.

Nota: La vacuna pentavalente acelular contiene los siguientes antígenos: difteria, tétanos, pertusis acelular, antipoliomielítica inactivada y *Haemophilus influenzae* de tipo b.

Fuente: Consejo Nacional de Vacunación.

¹⁰² Quezada C. Riesgo atribuible a los principales factores de riesgo asociados a la carga de enfermedad en el IMSS. Tesis de especialidad de Epidemiología. México, D. F., 2014.

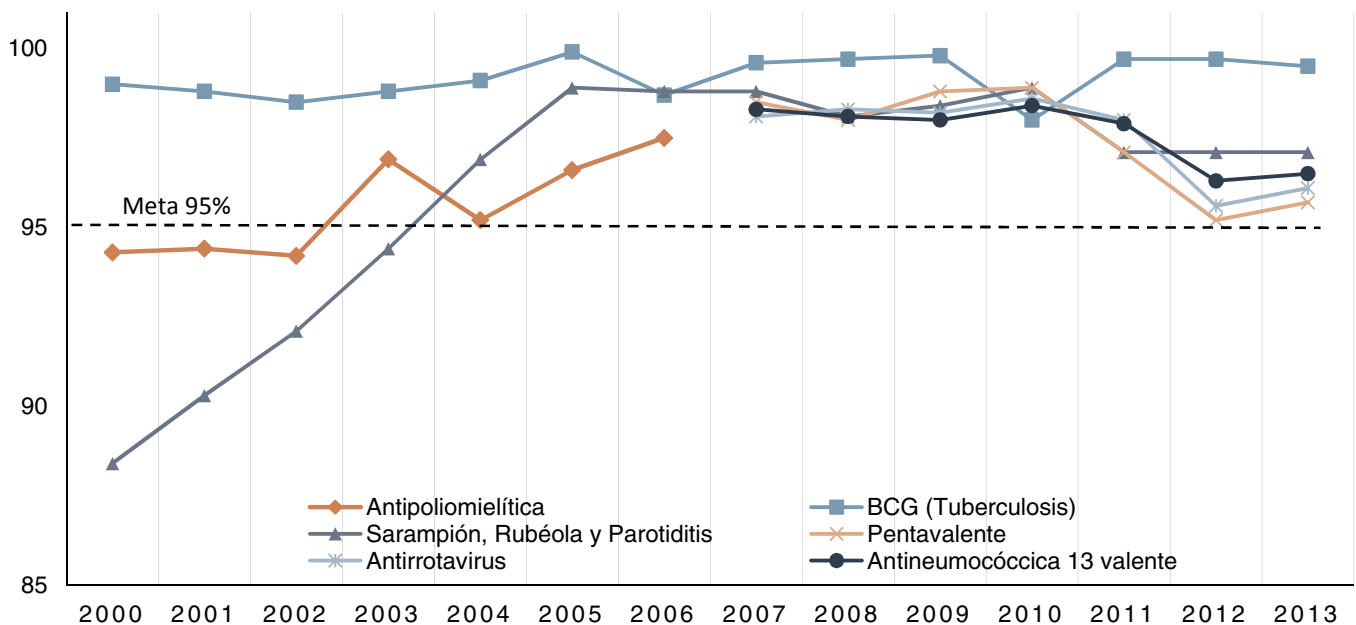
antipoliomielítica y antisarampión, así como por vacunas recientes como la pentavalente acelular, antineumocócica conjugada y antirrotavirus. A partir de 2013, se adicionó al esquema la vacuna antihepatitis A para niños de guarderías, que constituyen un universo de riesgo al convivir en espacios cerrados; de esta manera, se garantiza una vez más la seguridad de los niños en estas instalaciones. Además, se agregó la vacuna contra el virus del papiloma humano a todas las niñas de quinto año de primaria. Otro aspecto relevante es el haber agregado la vacuna del tétanos, difteria, pertusis acelular al esquema de las mujeres embarazadas, para prevenir casos de tos ferina en los recién nacidos, patología que afecta en número importante a este grupo de edad y que, gracias a la vacunación, se espera que disminuya en los próximos años. La vacuna contra la influenza es otra de reciente incorporación y de cobertura creciente a los distintos grupos de edad.

Desde 2004, el IMSS ha mantenido coberturas del esquema básico de inmunizaciones por arriba del valor de referencia de 95 por ciento, que permite mantener protegida a la población (gráfica V.5).

Revisión anual PREVENIMSS

Las acciones de promoción de la salud, prevención y detección de enfermedades se integran en la revisión anual PREVENIMSS, en la que se otorga un conjunto de acciones que cubren cada una de las etapas de la vida. La gráfica V.6 muestra el incremento constante en la cobertura de la revisión preventiva anual. En 2013, 70 por ciento del total de la población adscrita a médico familiar se le realizó el examen referido, es decir, 28.6 millones de derechohabientes fueron atendidos en los 3,651 módulos de atención preventiva o bien, a través de las estrategias de extensión en las empresas y escuelas.

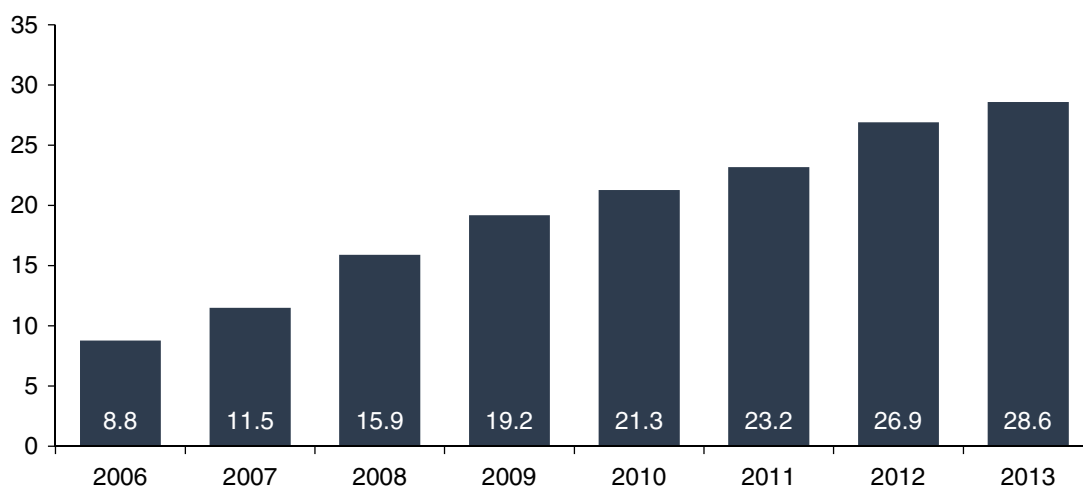
Gráfica V.5.
Coberturas de vacunación IMSS, 2000-2013



Nota: A partir de 2007, la vacuna Sabin (antipoliomielítica oral) se utiliza en forma exclusiva para las Semanas Nacionales de Salud.

Fuente: Dirección de Prestaciones Médicas, IMSS.

Gráfica V.6.
Número de derechohabientes que recibieron revisión anual PREVENIMSS, 2006-2013
(millones)



Fuente: Dirección de Prestaciones Médicas, IMSS.

Resalta que la mayor parte de los derechohabientes que recibieron revisión anual (70 por ciento) fue derivada de los otros servicios de la Unidad Médica y sólo 30 por ciento de estos derechohabientes atendidos acudió espontáneamente a su revisión anual. Aunque esto representa un avance, en 2014 se realizará una campaña para incorporar la atención preventiva en la cultura de salud de los derechohabientes, con la finalidad de que acudan espontáneamente a su revisión anual.

Debido a la elevada prevalencia de obesidad y sobrepeso, en 2013 el Presidente de la República lanzó la Estrategia Nacional contra el Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes. El IMSS participa con acciones orientadas a favorecer la alimentación correcta en todas las edades, con especial énfasis en los niños y, entre ellos, los niños en guarderías, porque se ha demostrado que los niños obesos tienen una gran probabilidad de ser adultos obesos y las intervenciones son más efectivas a menor edad.

La campaña sectorial “Chécate, Mídete, Muévete”, iniciada en el IMSS, ha permeado positivamente en la sociedad mexicana; particularmente en el Instituto se ha incrementado la consulta de PREVENIMSS de

la población de mayor riesgo para revisar su peso, lo que posiblemente contribuyó al registro de más niños obesos en 2013. De acuerdo con la evaluación realizada a esta campaña, su nivel de recordación (85 por ciento) la posicionó como la más efectiva del Gobierno Federal, debido a que obtuvo niveles de aceptación y credibilidad favorables (9 puntos de 10, en promedio), y motivó en la audiencia cambios positivos de hábitos relacionados principalmente con la alimentación y el ejercicio (61 por ciento). Por tal motivo, es de interés del Instituto continuar con la campaña para el año 2014, pues es una excelente estrategia de difusión para que los derechohabientes y población en general acudan a las Unidades Médicas a medir su peso y de acuerdo con el resultado, se tomen medidas correctivas en aras de prevenir las principales causas de enfermedad y muerte.

CHIQUITIMSS es una estrategia educativa que promueve el cuidado de la salud en los niños de 4 a 6 años y sus familias, en Unidades de Medicina Familiar y guarderías. En este programa, a través de sesiones lúdicas y vivenciales, se propicia que niños, padres, tutores y familiares adopten estilos de vida saludables que favorezcan la prevención de enfermedades. Desde su inicio en 2010 y a diciembre

de 2013, se han realizado 11,797 cursos, beneficiando a 234,734 niños y 163,492 padres o tutores. De esta manera, del 2006 al 2013 ha disminuido en 8 por ciento la prevalencia de obesidad en los menores de 5 años, y en 18 por ciento en los niños de 5 a 9 años (gráfica V.7).

En adición a este programa, en 2013 se cambiaron los menús y se estableció un esquema alimentario con los aportes calóricos adecuados por rango de edad en todas las guarderías, con lo que se pretende impactar de forma positiva en la salud presente y futura de los más de 203 mil niños inscritos.

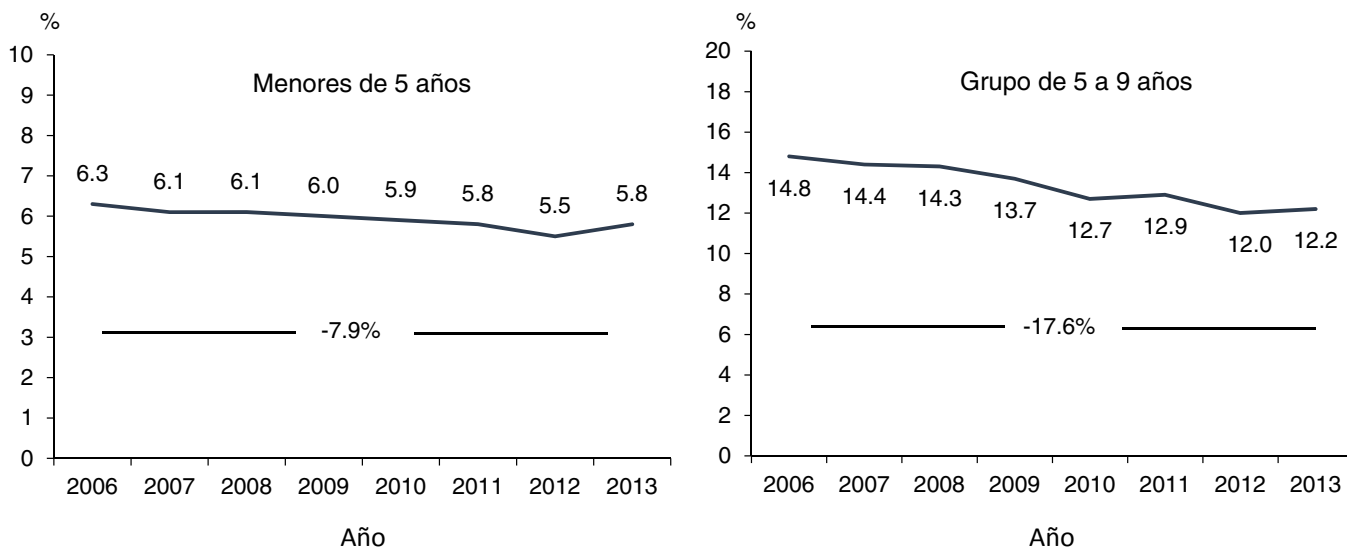
V.4.2. Atención médica en el primer nivel

Los principales problemas de desempeño en la atención médica en el primer nivel en el IMSS pueden resumirse en: i) problemas de acceso a la consulta médica, y ii) deficiente capacidad resolutoria. El acceso se refiere a la oportunidad que los derechohabientes tienen de

hacer uso de los servicios de salud en el momento que lo requieran, sin barreras geográficas, socioculturales, económicas, administrativas o de organización que se lo impidan. La capacidad resolutoria es un concepto que integra calidad e idoneidad, es decir, resolver debe ser el fin último, no sólo atender.

Si bien las dificultades económicas directas no son un problema de acceso a la atención médica en el IMSS, debido a que se ofrecen como parte de la seguridad social, existen otras como las administrativas y organizacionales que han generado problemas de acceso a los servicios médicos. Esto se refleja en los tiempos prolongados para la cita previa y en los tiempos de espera de los pacientes espontáneos que acuden sin cita a su Unidad Médica por problemas agudos de salud. Adicionalmente, cuando el paciente requiere de referencia a atención especializada en el segundo nivel, pueden presentarse tiempos de espera prolongados, dependiendo de la especialidad. Así como existen problemas de acceso a la atención

Gráfica V.7.
Tendencia de obesidad en niños, 2006-2013
(porcentaje)



Fuente: Dirección de Prestaciones Médicas, IMSS.

médica, las barreras administrativas y organizacionales también afectan a los diferentes servicios en la Unidad, por lo que es común ver grandes filas en las ventanillas para realizar trámites, debido en muchos de los casos a una inadecuada orientación e información.

No sólo las barreras administrativas y de organización son la causa del problema de acceso a los servicios médicos; también lo han sido el crecimiento de la población y los cambios epidemiológicos, que han generado un notable aumento en las cargas de trabajo en las consultas de Medicina Familiar, además de que éstas no han sido acompañadas del correspondiente crecimiento en infraestructura y de una adaptación organizativa adecuada a las necesidades asistenciales actuales.

Bajo estas circunstancias, el Instituto instrumentará las siguientes estrategias para mejorar el acceso a la consulta de Medicina Familiar:

- Reorganización de la agenda del médico a fin de evitar la aglomeración de pacientes. Se busca liberar espacios con el objetivo de recibir a pacientes espontáneos. Para ello, se realizará una prueba piloto dirigida a evaluar el funcionamiento de reservar las primeras dos horas de consulta a la atención de pacientes sin cita; al mismo tiempo, se organizará una “unifila” que permita ofertar consulta en otros consultorios, aprovechando los espacios de inasistencia de pacientes citados y así balancear las cargas de trabajo entre los médicos.
- Fortalecer la receta resurtible. Tal vez el más claro ejemplo de medidas que mejoran el servicio médico al derechohabiente y al mismo tiempo sanean financieramente al IMSS es la introducción de la receta resurtible. 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) tiene que incurrir en el proceso de solicitar 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 tres 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, con el cual ahora el médico tiene la facultad de expedir una receta resurtible que cubre los medicamentos por los siguientes tres meses. Esta medida que parece simple tiene un enorme impacto; se estima que este programa libere 7 millones de consultas este año. Para dimensionar esta cifra, atender 7 millones de consultas requiere de alrededor de 500 consultorios; este número de consultorios representa casi el total de los construidos por el IMSS en el último decenio.

- Optimizar el tiempo de los médicos priorizando criterios asistenciales sobre los administrativos. El tiempo de los médicos familiares es un recurso escaso, sin tiempo entre consultas, y con agenda llena por más de un mes. Algunos de los problemas identificados que disminuyen el tiempo asistencial del médico son los trámites administrativos, tal como renovación de recetas o incapacidades, mismos que de acuerdo con un estudio reciente, hasta 30 por ciento de ellas pueden hacerse sin la intervención del médico. Para disminuir las consultas consumidas por incapacidades se estandarizarán los días recomendados por diagnóstico médico, así como la prescripción de incapacidades por todo el periodo necesario o 28 días dentro de los parámetros institucionales, sin

que sea necesario reexpedir una cada semana. Otra estrategia contempla el apoyo de la asistente médica en transcribir, cuando sea necesario, recetas, órdenes de laboratorio, etcétera.

- Participación de la enfermera en el control de la mujer embarazada y del niño sano. La atención de embarazadas y control del niño sano son la tercera causa de consulta médica en el primer nivel, con 7.6 millones de consultas al año. La enfermera especialista en Medicina Familiar tiene licenciatura y se encuentra capacitada para la atención de embarazadas de bajo riesgo y el seguimiento del niño sano, por lo que se incrementará su participación. Con esta colaboración de las enfermeras especialistas existentes en algunas Unidades de Medicina Familiar se liberarán 320 mil espacios de consulta del médico familiar.

La capacidad resolutive en Medicina Familiar se ve afectada por el aumento de demanda asistencial, la insuficiente capacidad técnico-médica por falta de actualización profesional ante las nuevas necesidades de salud, falta de seguimiento a la normatividad y Guías de Práctica Clínica, limitado acceso a pruebas diagnósticas y medicamentos, la falta de coordinación entre los niveles asistenciales, así como insuficiente trabajo de supervisión y liderazgo que garantice la calidad de la atención.

La sección V.6 aborda las estrategias para incrementar la capacidad técnico-médica por medio de la actualización y formación profesional. La sección V.4.4 profundiza en las estrategias de estandarización y calidad por medio de las Guías de Práctica Clínica. En la sección V.5 se aborda específicamente la continuidad de la atención de los enfermos crónicos. A continuación se presenta la estrategia que se seguirá para mejorar la coordinación entre los niveles de atención.

La coordinación entre los tres niveles se refiere a la capacidad de continuidad de la atención, comunicación y cooperación entre ellos para el uso eficiente de sus capacidades en beneficio de los usuarios. Este es un problema añejo en el IMSS, que cada vez más se expresa como insatisfacción de los usuarios. Entre los principales problemas reportados en el Instituto para esta falta de coordinación se encuentran los siguientes: la inexistencia de criterios estandarizados de referencia y contrarreferencia actualizados; los pacientes fungen de mensajeros, deben recorrer las clínicas buscando sellos y firmas; inoportunidad en la programación de la consulta de especialidades en Unidades de segundo nivel, y notificación tardía a los derechohabientes en primer nivel, ocasionando insatisfacción, así como gastos adicionales al Instituto y sus pacientes.

Por lo anterior, se encuentra en desarrollo: evitar trámites administrativos a los pacientes al ser referidos al segundo nivel; establecer criterios de referencia y contrarreferencia para los padecimientos más frecuentes; fortalecer la supervisión por parte de los directivos para cumplir con la congruencia clínico diagnóstica terapéutica, además de desarrollar un sistema electrónico de gestión de citas a segundo nivel.

V.4.3. Atención médica hospitalaria

El segundo nivel comprende: atención hospitalaria, ambulatoria o en el domicilio del paciente mediante programas que incluyen actividades asistenciales de prevención secundaria, diagnósticas, terapéuticas y de rehabilitación. Se atienden enfermos de mayor complejidad y se requiere contar con mayor infraestructura, equipamiento médico y especialistas de diferentes disciplinas, por lo que la atención es más costosa que en el primer nivel.

La referencia de pacientes del primer nivel de atención constituye el procedimiento médico-administrativo que integra la red de servicios del Instituto organizada en los tres niveles de atención mencionados, siendo el tercero el más complejo y costoso. El segundo nivel debería resolver 12 por ciento de los problemas de salud; sin embargo, por la falta de capacidad resolutoria del primer nivel referida, los pacientes con enfermedades de muy baja complejidad son enviados o acuden espontáneamente provocando saturación de servicios.

La atención en este nivel está organizada en: consulta externa, urgencias, hospitalización y cirugía, para corroborar un diagnóstico, cuenta con servicios de laboratorio y gabinete que realizan estudios más especializados.

Como se informó al inicio de este capítulo, en el segundo nivel se han identificado dos “cuellos de botella” interrelacionados: el primero, en los servicios de Urgencias y el segundo, en Hospitalización. Estos generan insatisfacción en derechohabientes y familiares, por lo que el Instituto ha establecido acciones para resolverlos y mejorar la calidad, mismas que se detallan a continuación.

Optimización de los servicios de Urgencias

Durante el año 2013, se atendieron 9.6 millones de pacientes; 2.3 millones (24 por ciento) ingresaron al área de Observación. Para resolver el “cuello de botella” descrito, se fortalecen las Redes Zonales, sistema que pretende optimizar el área de Observación al referir pacientes estables y sin riesgo del segundo nivel de atención a los servicios de Urgencias de las Unidades de Medicina Familiar de su área de responsabilidad, a fin de complementar sus tratamientos. Con esta estrategia se liberan camas de Observación del segundo nivel destinadas a pacientes

con enfermedades de mayor complejidad, lo que optimiza la infraestructura instalada en ambos niveles de atención. Se han organizado 93 Redes Zonales que incluyen 170 Unidades de Medicina Familiar; en 2013 se enviaron 18 mil pacientes y la meta es derivar a más de 90 por ciento de los pacientes que no requieran de atención en Observación en el segundo nivel.

Para propiciar la atención de la urgencia real que puede poner en riesgo la vida o requerir de atención quirúrgica inmediata, se ha consolidado, a nivel institucional, la estrategia “Triage”, que consiste en la identificación y atención de pacientes graves; para ello, se han realizado campañas de difusión mediante trípticos y carteles que informan a los usuarios sobre cuáles son los padecimientos que requieren de atención inmediata y los que pueden atenderse en forma ambulatoria en el primer nivel.

Optimización de servicios de Hospitalización y Atención Ambulatoria de segundo nivel

Aunque México está por debajo de la mayoría de los países en relación con el número de camas por mil habitantes, se han identificado áreas de oportunidad para la optimización del recurso existente. Particularmente, destacan: desequilibrio de camas según especialidad, estancia prolongada por causas administrativas y demora en la preparación de camas para su nueva ocupación.

A fin de solucionar estos problemas, se ha iniciado un plan para: i) la reasignación de camas, particularmente de los servicios de Pediatría y Obstetricia, cuya demanda en los últimos años viene descendiendo a los servicios de Medicina Interna y Cirugía que van en continuo ascenso; ii) la instrumentación de un Sistema de Gestión de Camas, que implica la organización del equipo de trabajo existente para agilizar las deficiencias en el proceso de desocupación y ocupación de las

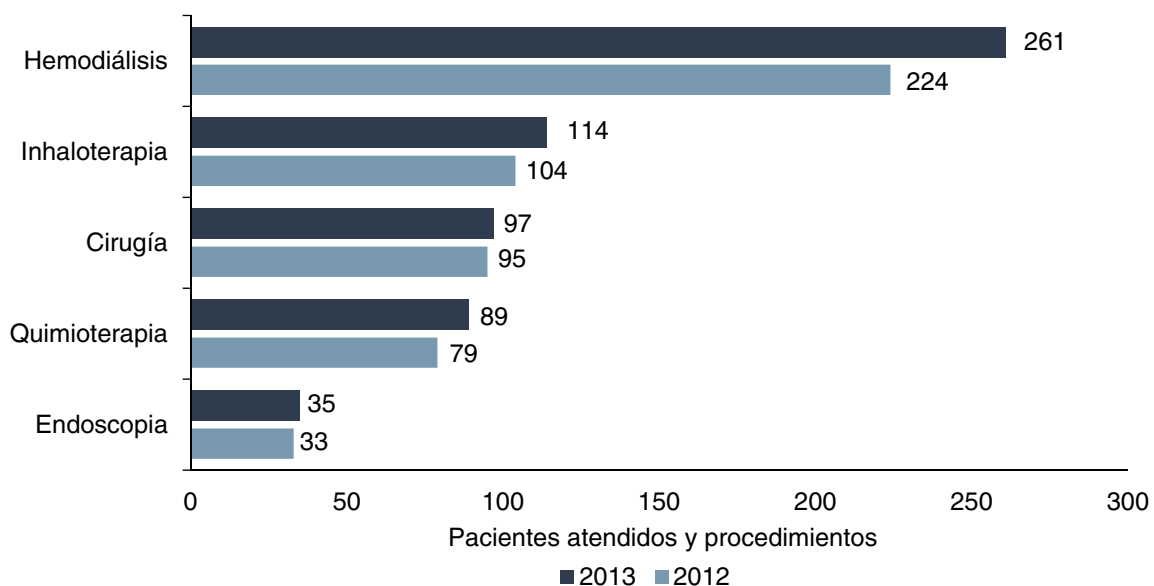
mismas; iii) la supervisión operativa de pacientes con mayor estancia hospitalaria, con la finalidad de resolver los problemas médico-administrativos que demoran su atención, y iv) la instrumentación de un plan para disminuir las infecciones nosocomiales.

Con el propósito de optimizar el recurso-cama, se cuenta con el programa de Atención Domiciliaria del Enfermo Crónico, que considera al paciente que requiere de procedimientos hospitalarios de baja complejidad (reposo en cama, aplicación de medicamentos, curaciones, etcétera), que pueden ser realizados bajo estrictos criterios clínicos en su domicilio, mediante la asistencia de personal de salud una o dos veces por semana, previa capacitación a sus familiares para garantizar la continuidad de la atención. El programa se aplica en 132 hospitales de segundo nivel. Los pacientes atendidos en esta modalidad pasaron de 15.6 mil en 2012 a 17.2 mil en 2013. De no contar con este programa, se requeriría la construcción de un hospital de 144 camas, lo que implicaría una erogación en obra de 754 millones de pesos y un costo de operación aproximado de más 480 millones de pesos anuales.

Con la finalidad de optimizar la capacidad hospitalaria, disminuir el diferimiento quirúrgico y evitar el riesgo de infecciones nosocomiales, se reorganizó la operación de las Unidades Médicas de Atención Ambulatoria (UMAA), que ofrecen, bajo nuevos criterios técnico-médicos y administrativos, servicios ambulatorios como: cirugía, endoscopia, quimioterapia, inhaloterapia y hemodiálisis, entre otros, posibilitando brindar atención a pacientes de corta estancia a un menor costo.

En 2013 se observó el inicio del cambio con un aumento en la productividad, principalmente en los servicios de: i) hemodiálisis intramuros; ii) quimioterapia, con incremento de 12.6 por ciento en diferentes tipos de cáncer; iii) inhaloterapia, con aumento de 9.6 por ciento de pacientes (gráfica V.8), y iv) cirugía, con 97.3 mil procedimientos realizados. Se espera un incremento de al menos 10 por ciento en 2014 en el uso de los servicios, lo que requerirá de transferencia de insumos de los hospitales hacia estas unidades, para garantizar su optimización.

Gráfica V.8.
Productividad en Unidades Médicas de Atención Ambulatoria, comparativo 2012-2013



Fuente: Dirección de Prestaciones Médicas, IMSS.

V.4.4. Estandarización y calidad

El IMSS ha desarrollado una serie de iniciativas que buscan establecer los lineamientos y directrices para la estandarización de los procesos médicos y la respuesta eficiente y armónica a las necesidades de atención de la población derechohabiente, a fin de lograr mayores estándares de calidad en los servicios que se les provee. Entre ellas destaca la creación de herramientas para sistematizar la práctica médica, estrategias para disminuir y controlar las infecciones nosocomiales, así como para prevenir y tratar los riesgos que inciden en la mortalidad de la mujer embarazada o después del parto.

Guías de Práctica Clínica

Las Guías de Práctica Clínica (Guías) son herramientas documentales que compilan la información científica disponible más relevante, dirigidas a la resolución de problemas clínicos específicos en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades o condiciones de salud de la población. Orientan la práctica de los profesionales de la salud, al presentar una ruta de acción ante un paciente portador de una enfermedad con características definidas o circunstancias clínicas específicas, para tener un impacto demostrable en el proceso de atención a la salud, propiciando la estandarización de las intervenciones y la calidad de la atención. Las Guías no pretenden ser revisiones enciclopédicas de las enfermedades, como tampoco son definiciones normativas de los procesos de atención; por el contrario, representan instrumentos auxiliares de fácil consulta para atender los principales problemas clínicos que enfrenta el personal de salud en las diferentes fases de la historia natural de la enfermedad, a saber, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación del paciente.

Estos instrumentos son apoyo para la gestión de los servicios de salud, en la toma de decisiones, con relación a las estrategias que han tenido mejores resultados para el paciente y con menor riesgo para la salud individual y colectiva; también apoyan la capacidad resolutoria de las Unidades Médicas, además de orientar la planeación de los servicios a su eficiencia.

En el año 2008, el Instituto integró la estrategia para su desarrollo como un elemento sustantivo para incentivar la mejora de la calidad, eficiencia en la operación de los servicios y la seguridad del paciente. Posteriormente, a finales de ese año, dicha estrategia fue adoptada por la Secretaría de Salud, dando las bases para la conformación del proyecto en el Sistema Nacional de Salud, que retomó en gran medida las experiencias e instrumentos desarrollados previamente por el IMSS.

Ante el reto de su integración para atender los principales problemas de salud que afectan a la población derechohabiente, se realizó la selección de prioridades a partir de criterios relacionados con la demanda (método de Hanlon, utilización de servicios y mortalidad por grupos etarios), la percepción del prestador de servicios (medida a través de un cuestionario por muestreo sistemático), los registros de daños a la salud y los Grupos Relacionados con el Diagnóstico. Los criterios generales para establecer las prioridades fueron: i) la importancia del problema; ii) la capacidad del programa o del servicio para resolverlo, y iii) la factibilidad de intervención.

La metodología utilizada para su desarrollo se fundamenta en la medicina basada en evidencias, elemento usado a nivel internacional como el estándar más adecuado para la selección de la información que será compilada en éstas, y formará parte de

las recomendaciones que de ella deriven. Esto significa que un grupo de expertos se reúne para buscar sistemáticamente la información publicada a nivel internacional, sobre las condiciones de salud o preguntas clínicas específicas; la analiza y evalúa, con el objetivo de determinar aquella que es más relevante y que tiene principios científicos sólidos, a efecto de seleccionarla e integrarla en las evidencias y recomendaciones que las conformarán. La correcta selección y gradación de la información, de conformidad con criterios internacionalmente aceptados, es lo que les da respaldo y solidez, que incluso ha favorecido el reconocimiento internacional en el caso de la desarrollada para la atención de la influenza.

Esta metodología fue adoptada en la estrategia nacional, y actualmente es el estándar para el desarrollo de las Guías que integran el Catálogo Maestro del Sistema Nacional de Salud.

El IMSS ha aportado a este Catálogo, hasta el momento, un total de 459 de las 681 Guías disponibles, lo que representa 67 por ciento. Sólo 60 por ciento están elaboradas para su aplicación en el primer nivel de atención, 23 por ciento para el segundo y 17 por ciento para el tercero. La mayor cantidad corresponde a las especialidades de Medicina Interna, Pediatría y Gineco-Obstetricia; sin embargo, se han desarrollado para los principales motivos de atención de todas las especialidades en consulta y hospitalización. Se ha enfatizado incluir temas relevantes para programas institucionales, así como cubrir necesidades interinstitucionales entre las que destacan las derivadas de políticas de salud sectoriales.

Infecciones nosocomiales

Una infección nosocomial es aquella que se adquiere dentro del hospital durante el proceso de atención médica y que no estaba presente o en periodo de incubación al momento del ingreso, y puede

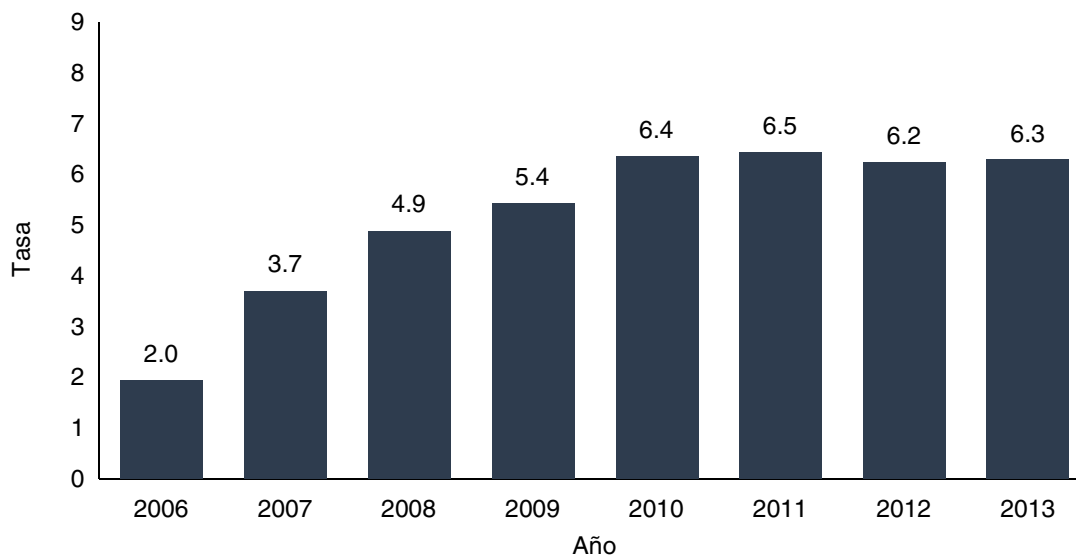
manifestarse incluso después del egreso hospitalario. Este es un problema relevante en el mundo, del que el IMSS no es ajeno. Las infecciones nosocomiales, por su gran trascendencia económica y social, se asocian con altas tasas de morbilidad que se traducen en incremento de los días de hospitalización y de mortalidad. Este tipo de infecciones son un riesgo inherente a la hospitalización y a los procedimientos invasivos necesarios para la atención de los enfermos; el propósito de su identificación, vigilancia y control, es mantenerlo en un rango de frecuencia esperada, de acuerdo con el tipo de paciente, servicio y hospital con valores de referencia internacionales.

La vigilancia epidemiológica, prevención y control de este tipo de infecciones se ha fortalecido al mejorar su identificación, registro y control. Para 2006 se registraba una tasa de 2 infecciones por 100 egresos, lo cual es evidencia del subregistro existente, de acuerdo con estándares internacionales. En 2013, se incrementó la identificación con un mejor registro, con resultado de 6.3 infecciones por 100 egresos (gráfica V.9), es importante enfatizar que ésta no muestra aumento en el número de casos, sino el resultado de la búsqueda intencionada, que nos permitirá desarrollar acciones preventivas y de control para evitar riesgos a otros pacientes.

Los tipos de infecciones que se presentan con mayor frecuencia son: asociadas a cirugías, 21 por ciento; neumonías asociadas a ventilador, 16 por ciento; infecciones de vías urinarias, 12 por ciento; bacteremias, 11 por ciento, y otros tipos de infección, 40 por ciento. En general, estas tasas se encuentran dentro de lo referido en la literatura internacional.

En relación con las neumonías asociadas con la ventilación mecánica, se registra con otro tipo de indicador una tasa de 18.3 infecciones por cada 1,000 días ventilador utilizados (con rangos de 1.2 hasta 33.3), valores elevados en relación con lo publicado por la Unión Europea (12.2 con rangos de 3.7-20.2)

Gráfica V.9.
Tasa de infecciones nosocomiales por 100 egresos en las Unidades Médicas del IMSS, 2006-2013



Fuente: IMSS.

y Estados Unidos (rangos de 0 a 4.9). Este tipo de medición tiene mayor aceptación internacional y permite evaluar el sistema de atención con otras prácticas mundiales.

Las infecciones nosocomiales más frecuentes y graves se ubican en terapias intensivas, dado el tipo de paciente, generalmente inmunocomprometido y con múltiples procedimientos invasivos. En estos servicios, los últimos dos años han mostrado una disminución de 8.9 por ciento, y aunque esto es notorio, no refleja el impacto esperado, porque persiste una tasa superior a lo reportado en España.

Una estimación del impacto de las infecciones es el registro de 796 mil días de sobreestancia en 2012. En el año 2013 se registraron 647 mil días, lo que representa una disminución de 18 por ciento debido a las acciones preventivas.

El impacto del fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica, prevención y control, se observa en el descenso continuo de la letalidad asociada a infecciones nosocomiales, que disminuyó 11.6 por ciento de 2012 a 2013.

El programa ha mostrado algunos resultados; sin embargo, continuar trabajando en la prevención, vigilancia y control, permitirá alcanzar mejores estándares, y en este sentido se está creando un proyecto estratégico denominado: Modelo Institucional para la Prevención y Reducción de las Infecciones Nosocomiales (MIPRIN). Para la instrumentación de este plan se requiere un mayor esfuerzo de la institución a fin de capacitar al personal, incrementar la participación directiva y desarrollar actividades específicas, como la campaña institucional de Higiene de Manos, con el lema: “Manos limpias, salvan vidas”, estrategia que reduce las infecciones 30 por ciento en un lapso de 2 a 4 años, de acuerdo con las diferentes publicaciones internacionales.

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 del 5° Objetivo de Desarrollo del Milenio,

establecido en el año 2000 por la Organización de las Naciones Unidas (ONU), ratificado como compromiso en 2005. Por ello, México asumió el compromiso de disminuir la muerte materna a través de acciones dirigidas a la prevención de embarazos de alto riesgo, vigilancia prenatal, diagnóstico y tratamiento de enfermedades durante el embarazo y hasta 42 días después del parto. La atención de emergencia obstétrica se otorga mediante la organización de equipos de respuesta inmediata, integrados por un grupo multidisciplinario de profesionales de la salud cuya comunicación es ininterrumpida, entre los diferentes niveles operativos y directivos del Instituto, los 365 días del año, estrategia que garantiza la continuidad, oportunidad e integralidad de la atención para evitar complicaciones o la muerte del binomio madre e hijo.

Se incrementó la vigilancia del embarazo en el Régimen Obligatorio del IMSS, con un logro de 9 consultas por embarazada, comparado con 8 en 2012. En éstas, se otorgan acciones preventivas, de vigilancia y de control para reducir la muerte del binomio, así como la detección de problemas al nacer. A partir del año 2006, mediante Acuerdo 126 del Honorable Consejo Técnico del IMSS, con el fin de disminuir la alta mortalidad materna del Programa IMSS-Oportunidades, se autorizó a los hospitales del Régimen Obligatorio para otorgar atención médica a la mujer embarazada con complicación y a su recién nacido, así como en caso de emergencia obstétrica. De 2006 a diciembre de 2013 se atendieron 14.4 mil embarazadas con alto riesgo de muerte, de ellas 1.7 mil en 2013, lo que ha contribuido de manera significativa al descenso de la mortalidad materna en la población

campesina e indígena más desprotegida amparada por el Programa, facilitando el descenso de 113 casos en 2007 a 46 en 2013 (59 por ciento).

En el marco de la integración del Sistema Nacional de Salud, el Instituto participa con 95 hospitales del Régimen Obligatorio del IMSS, en el Convenio General de Colaboración Interinstitucional para la Atención de la Emergencia Obstétrica de pacientes de otras instituciones suscriptoras al Convenio; al amparo de éste, de mayo de 2009 a diciembre de 2013 se atendió a más de 5.5 mil no derechohabientes, que representan más de 1.5 mil recién nacidos y 3.9 mil mujeres embarazadas (hasta 42 días después del parto); de éstas, 60.5 por ciento presentaban emergencia obstétrica real, con lo que se contribuyó a evitar su muerte (cuadro V.13).

En 2012 el IMSS tuvo 122 casos de muerte, uno menos que en 2013, destacando que la influenza y el dengue han impactado la tasa con 4 y 3 casos, respectivamente, en el último año. Preocupa de manera importante que durante el primer bimestre del presente año, se registraron 10 casos de muerte

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

	29 de mayo 2009 al 31 de mayo 2011	Junio a diciembre 2011	2012	2013	Total
Madres	1,659	134	301	316	2,410 ^{1/}
Hijos	1,043	95	204	182	1,524

^{1/} 60.5 por ciento de las 3,983 atenciones por emergencias.

Fuente: Dirección de Prestaciones Médicas, IMSS.

materna por influenza, que al igual que las ocurridas en el año anterior, ninguna había sido vacunada, lo que hace necesario, junto con la población y los medios masivos de comunicación, incrementar la conciencia y participación ciudadana para proteger a 100 por ciento de las mujeres embarazadas, vacunándolas contra esta enfermedad.

Con las acciones realizadas al cierre de 2013, el IMSS Régimen Obligatorio logró una razón de muerte materna de 26.5, es decir, 12 por ciento inferior a la registrada en 2002 (gráfica V.10). Lo anterior ha tenido impacto en el Sistema Nacional de Salud, coadyuvando al descenso de la razón de muerte materna nacional. De esta forma, se fortalece la estrategia de colaboración interna y externa, como ejemplo de la universalización de los servicios, con el objetivo de mejorar el acceso de las mujeres embarazadas a las unidades médicas.

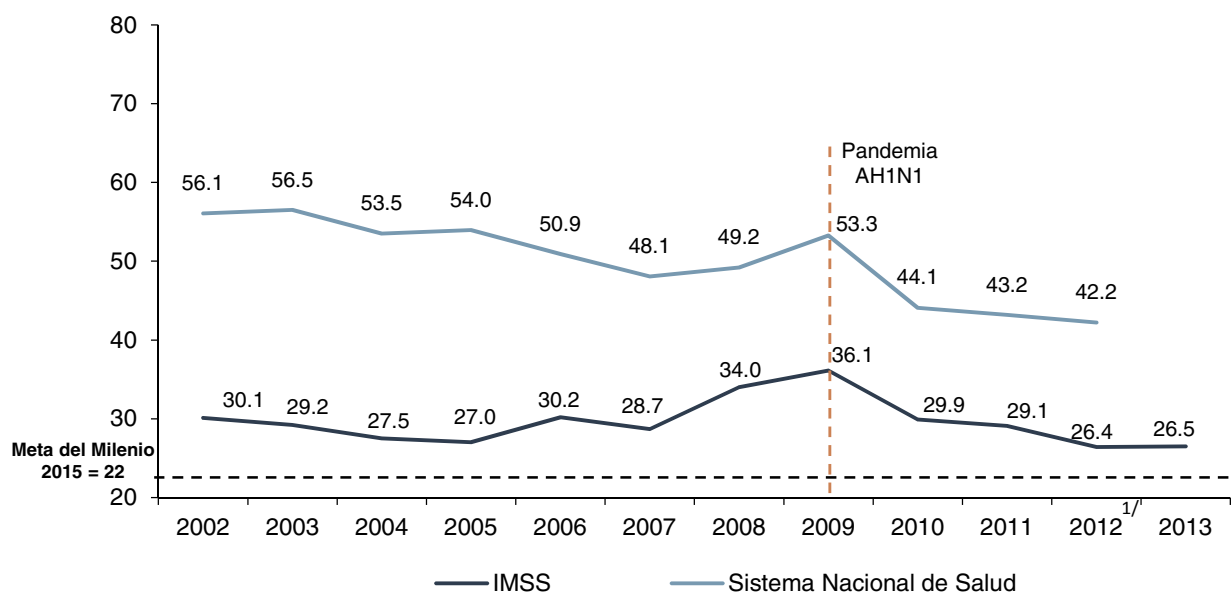
En este marco de acciones, el Instituto se enfrenta al reto de continuar la tendencia decreciente de mortalidad y evitar que factores coyunturales puedan

contrarrestar los avances logrados, y al mismo tiempo, el objetivo a mediano plazo es lograr la meta del milenio de 22 por 100 mil nacidos vivos.

V.5. Enfermedades crónicas

La transición demográfica y epidemiológica ha propiciado que las enfermedades crónico-degenerativas adquieran mayor relevancia. Como se mencionó en la sección V.3, contribuyen con cerca de la mitad de los Años de Vida Saludables Perdidos Ajustados por Discapacidad. Se caracterizan por ser de larga duración y progresión lenta, generalmente adquiridas por estilos de vida inapropiados, susceptibles de prevención y control. Debido a su complejidad, implican un alto grado de dificultad técnica y elevado costo de atención, por lo que ejercen presión en las finanzas institucionales y agravan la precaria condición financiera del Seguro de Enfermedades y Maternidad.

Gráfica V.10.
Razón de muerte materna, 2002-2013
(número de defunciones maternas por cada 100,000 nacidos vivos)



^{1/} La cifra proporcionada por la Secretaría de Salud para el año 2012 es preliminar.
Fuente: Dirección de Prestaciones Médicas, IMSS; Secretaría de Salud.

Dentro de las enfermedades crónico-degenerativas de alto impacto financiero destacan: diabetes mellitus; hipertensión arterial; insuficiencia renal crónica terminal¹⁰³; cáncer cérvico-uterino; cáncer de mama, así como la infección por el virus de inmunodeficiencia humana que genera el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (VIH/SIDA).

V.5.1. Análisis del gasto en enfermedades crónico-degenerativas de alto impacto financiero para el IMSS

En los Informes anteriores se estimó el gasto que ejerció el Instituto por el tratamiento de las seis enfermedades crónico-degenerativas de alto impacto financiero mencionadas anteriormente, el cual se calculó para 2011, 2012 y 2013 en 53,392, 62,739 y 71,352 millones de pesos¹⁰⁴, respectivamente; este gasto representó 28 por ciento, en promedio, del gasto corriente del Seguro de Enfermedades y Maternidad registrado en cada año.

Los resultados de las proyecciones epidemiológicas y financieras indican que dicho gasto se incrementará en los próximos años a una tasa promedio anual cerca de 4 por ciento, en términos reales. Lo anterior, debido a la combinación de distintos factores. Por una parte la población mexicana enfrentará una tendencia de envejecimiento debido una reducción en las de fecundidad aunada a un incremento en la esperanza de vida. Al mismo tiempo la salud se verá afectada por la presencia de estilos de vida inadecuados como: obesidad, sedentarismo, tabaquismo, aumento en el consumo de alimentos procesados, estrés laboral, entre otros. Lo que se traducirá en un mayor número de

casos de enfermedades crónicas y en el agravamiento de los padecimientos por su propia evolución natural. Estas enfermedades a su vez se encuentran asociadas a distintas complicaciones y comorbilidades.

Debido al importante riesgo financiero que representan estos padecimientos para el IMSS, la Dirección de Finanzas ha desarrollado modelos de proyección epidemiológica y financiera, los cuales se han perfeccionado con la participación activa de un grupo de expertos de la Dirección de Prestaciones Médicas en temas de incidencia de morbilidad, mortalidad, estadios de las enfermedades y Guías de Práctica Clínica, en el marco del Grupo de Trabajo de Riesgos Institucionales.

Los modelos que desarrolla este grupo de trabajo tienen como finalidad explicar de manera precisa el comportamiento de cada una de las enfermedades y el gasto asociado a su atención. En estos modelos se considera la morbilidad, la mortalidad y las diferentes etapas de acuerdo con la historia natural de cada padecimiento, así como el costeo integral de la atención médica basado en elementos de gasto ambulatorio y hospitalario, los cuales contemplan la atención eficiente y oportuna de cada una de las acciones establecidas en las mejores prácticas médicas. Los resultados de las estimaciones se presentarán a las autoridades institucionales al final de cada año.

¹⁰³ En este Informe se analiza únicamente la insuficiencia renal crónica terminal debido a que ésta requiere de terapias de reemplazo renal (diálisis, hemodiálisis y trasplantes) con el consecuente gasto médico que implican.

¹⁰⁴ Cifras expresadas en millones de pesos corrientes.

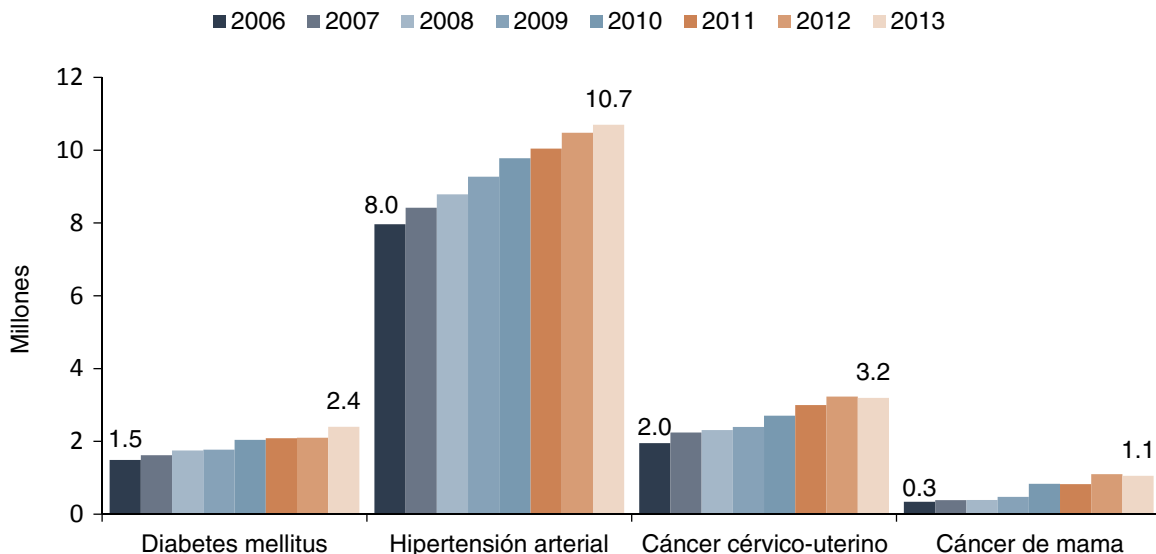
V.5.2. Control de las enfermedades crónico-degenerativas

El IMSS ha sido pionero en la prevención y atención de las enfermedades crónico-degenerativas en el país. En prevención, fue la primera institución que sistematizó y fortaleció la promoción de la salud y detección temprana de las enfermedades con la estrategia PREVENIMSS; en la atención de los enfermos, incorporó oportunamente tratamientos médicos y quirúrgicos de los principales padecimientos crónicos de acuerdo con recomendaciones internacionales en todos los niveles de atención.

La detección oportuna de enfermedades crónicas no transmisibles está enfocada a cinco padecimientos prioritarios: diabetes mellitus, hipertensión arterial, hipercolesterolemia, cáncer cérvico-uterino y cáncer de mama. La gráfica V.11 muestra que el número de derechohabientes a los que se les realizan

estas detecciones ha aumentado año tras año. En el año 2012 se realizaron 2 millones de detecciones de diabetes, cifra que fue superada en el 2013 al realizar más de 2.4 millones, con la identificación de 376,277 casos sospechosos. Respecto a hipertensión arterial, para el 2012 se realizaron 10.4 millones de detecciones y para el 2013 10.7 millones de detecciones, lo que implicó identificar 3 millones de casos sospechosos. Por otra parte, la detección del cáncer cérvico-uterino, a través de la prueba de papanicolaou, ha sido la estrategia principal en la identificación oportuna de esta neoplasia; en 2012 se realizaron más de 3 millones de detecciones de primera vez, con resultados iguales en 2013. Asimismo, se realizaron más de 1 millón de mastografías en mujeres de 50 a 69 años de edad en 2012, cifra similar a la obtenida para el último año, logros que ubican al IMSS como la institución pública con el mayor número de detecciones de cáncer de mama por mastografía en el Sector Salud.

Gráfica V.11.
Número de detecciones de enfermedades crónicas no transmisibles, 2006-2013



Fuente: Dirección de Prestaciones Médicas, IMSS.

Para evaluar el impacto de las acciones preventivas y tratamiento oportuno de los enfermos de estas principales enfermedades crónicas, se realizó un estudio¹⁰⁵ que comparó la mortalidad de la población derechohabiente del IMSS con la mortalidad de la población no derechohabiente del país, mediante tasas ajustadas por edad y sexo. Los padecimientos analizados fueron: diabetes mellitus, enfermedades cardiovasculares y SIDA en mayores de 20 años; cáncer de mama y cáncer cérvico-uterino en mujeres de 25 y más años. Las bases de datos de defunciones se obtuvieron del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) de los años 1998 a 2012, último año disponible¹⁰⁶. Se utilizaron las variables de causa básica de defunción, edad, sexo y tipo de derechohabiencia registrados en el certificado de defunción. Para el cálculo de las tasas de mortalidad se empleó la población derechohabiente adscrita a unidad médica. La población no derechohabiente del IMSS se estimó al sustraer la población derechohabiente de la población total del país reportada por el Consejo Nacional de Población-Colegio de México (CONAPO-COLMEX), publicadas por el Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS), desagregada por grupo de edad y sexo¹⁰⁷. Para el cálculo de las tasas ajustadas se utilizó el método directo con la población estándar de la Organización Mundial de la Salud 2001¹⁰⁸.

Las gráficas V.12 y V.13 muestran la tendencia de la mortalidad de los padecimientos previamente descritos de 1998 a 2012. En todos los casos la mortalidad en el IMSS arranca en un nivel superior a los no derechohabientes, posiblemente como resultado de diferencias sociodemográficas y mayor prevalencia de algunos factores de riesgo para estas enfermedades en la población derechohabiente. Si las dos líneas fuesen paralelas a través del tiempo, significaría que los modelos de atención tienen el mismo efecto en derechohabientes y no derechohabientes. Sin embargo, las pendientes de los derechohabientes son diferentes a las de los no derechohabientes, de tal manera que las tasas de mortalidad en los últimos años son menores para los derechohabientes. En particular, la mortalidad por diabetes disminuyó en 9 por ciento en derechohabientes, en tanto que en no derechohabientes aumentó al doble en el periodo de referencia. En el caso de las enfermedades cardiovasculares, hasta 2003 las tasas de mortalidad fueron semejantes; en años posteriores, el riesgo de muerte por estas causas disminuyó en 23 por ciento para el IMSS y siguió en aumento en la población no derechohabiente.

La mortalidad por cáncer cérvico-uterino disminuyó en ambas poblaciones, aunque la pendiente es más pronunciada en derechohabientes del IMSS, con 67 por ciento de reducción. Por último, la tasa de mortalidad por cáncer de mama de mujeres derechohabientes del IMSS disminuyó 17 por ciento en el periodo de estudio, mientras que para la población no derechohabiente sigue en aumento.

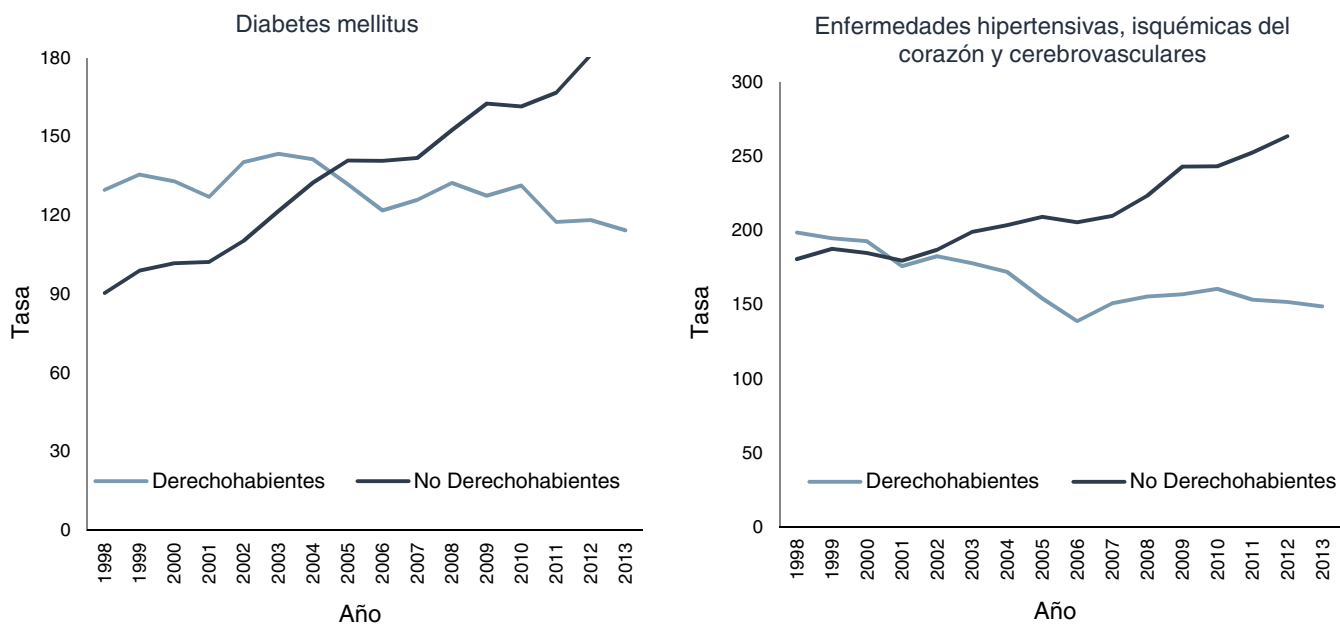
¹⁰⁵ Borja-Aburto, *et al.* Evaluación del impacto de PREVENIMSS en la morbimortalidad por enfermedades crónico-degenerativas. Enviado a publicación.

¹⁰⁶ Instituto Nacional de Geografía e Informática (INEGI). Bases de datos de defunciones generales, años 1998 a 2012. México.

¹⁰⁷ Dirección General de Información en Salud (DGIS). Base de datos de estimaciones de población, 1990-2012, COLMEX. [en línea]: Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS). [México]: Secretaría de Salud. <<http://www.sinais.salud.gob.mx>> [Consulta: 30 septiembre 2013].

¹⁰⁸ Ahmad OB, Boschi-Pinto C, Lopez AD, Murray C. JL, Lozano R, Inoue M. Age Standardization of Rates: A New WHO Standard. GPE Discussion Paper Series-EIP/GPE/EBD World Health Organization. No.31, 2001.

Gráfica V.12.
Tendencias de mortalidad^{1/} por diabetes mellitus y enfermedades cardiovasculares,
en derechohabientes y no derechohabientes del IMSS, 1998-2013^{2/}

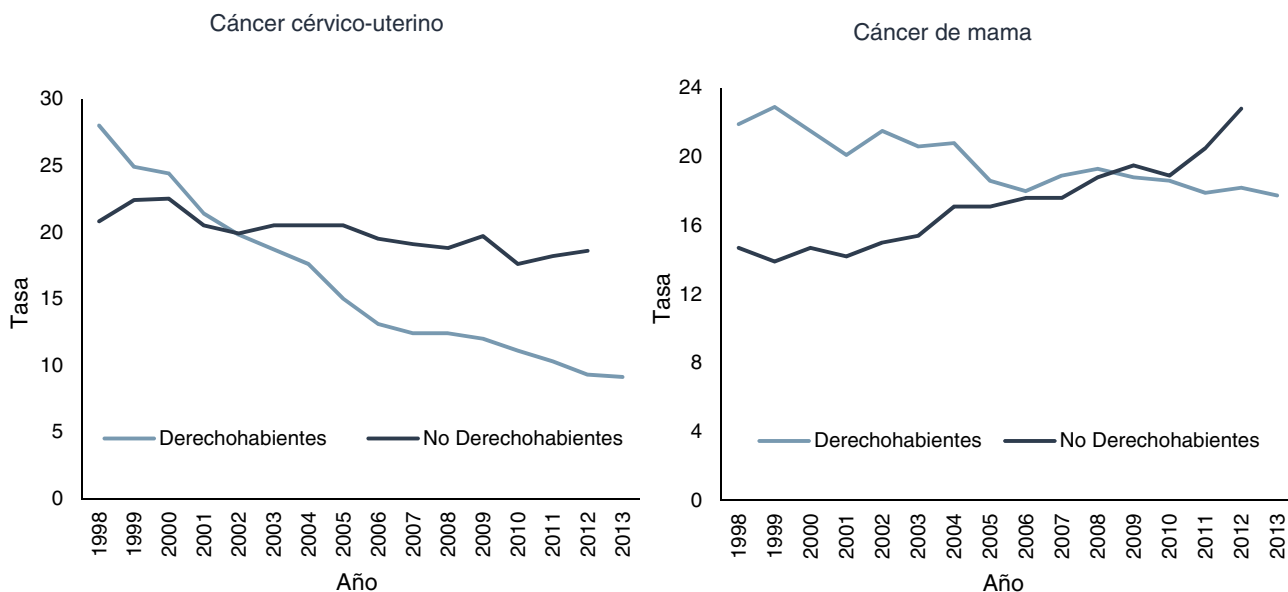


^{1/} Tasas por 100,000 en personas de 20 años y más, ajustadas por grupo de edad y sexo con población mundial estándar.

^{2/} Para la tasa en derechohabientes en el año 2013, se estimó con base en la variación porcentual entre 2012 y 2013 de la mortalidad hospitalaria IMSS.

Fuente: Consejo Nacional de Población (CONAPO), Instituto Nacional de Estadística y Geografía; IMSS.

Gráfica V.13.
Tendencias de mortalidad^{1/} por cáncer cérvico-uterino y de cáncer de mama,
en derechohabientes y no derechohabientes del IMSS, 1998-2013^{2/}



^{1/} Tasa por 100,000 mujeres de 25 años y más, ajustada por edad según población estándar mundial 2001.

^{2/} Para la tasa en derechohabientes en el año 2013, se estimó con base en la variación porcentual entre 2012 y 2013 de la mortalidad hospitalaria IMSS.

Fuente: Consejo Nacional de Población, Instituto Nacional de Estadística y Geografía, IMSS.

A manera de ejemplo, de la correlación existente entre la cobertura en la detección de un padecimiento crónico para el cual se tiene tratamiento adecuado si se detecta a tiempo, se presenta la gráfica V.14, que muestra cómo se reduce la tasa de mortalidad con el incremento en la cobertura de detección del cáncer cérvico-uterino.

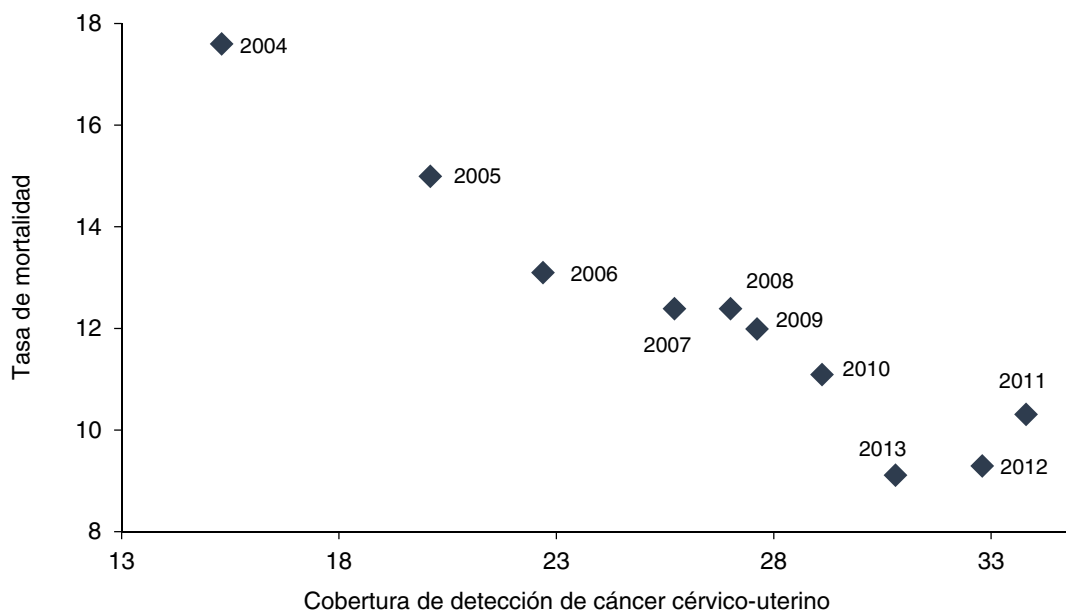
Estos resultados muestran que el IMSS ha logrado frenar la tendencia ascendente en la mortalidad por estas causas en la población derechohabiente observada a finales del siglo XX.

Adicionalmente, el IMSS ha sido un actor clave desde el inicio de la epidemia de VIH/SIDA en el país. En 1983 atendió el primer caso reportado en México; fue la primera institución que otorgó tratamientos antirretrovirales; organizó la atención en clínicas

especializadas, y otorgó atención médica integral. En 2013, atendió a 30 mil pacientes que viven con VIH, 10 por ciento más que en 2012. En 80 por ciento de los cuales recibe algún tipo de tratamiento antirretroviral y el resto lo recibirá seguramente en algún momento de su evolución, cuando clínicamente lo requieran. Gracias al uso de antirretrovirales y el control de pacientes infectados la sobrevida actual es mayor a 30 años. La mortalidad por SIDA se redujo de manera importante en los derechohabientes del IMSS en contraste con la población no derechohabiente, como muestra la gráfica V.15.

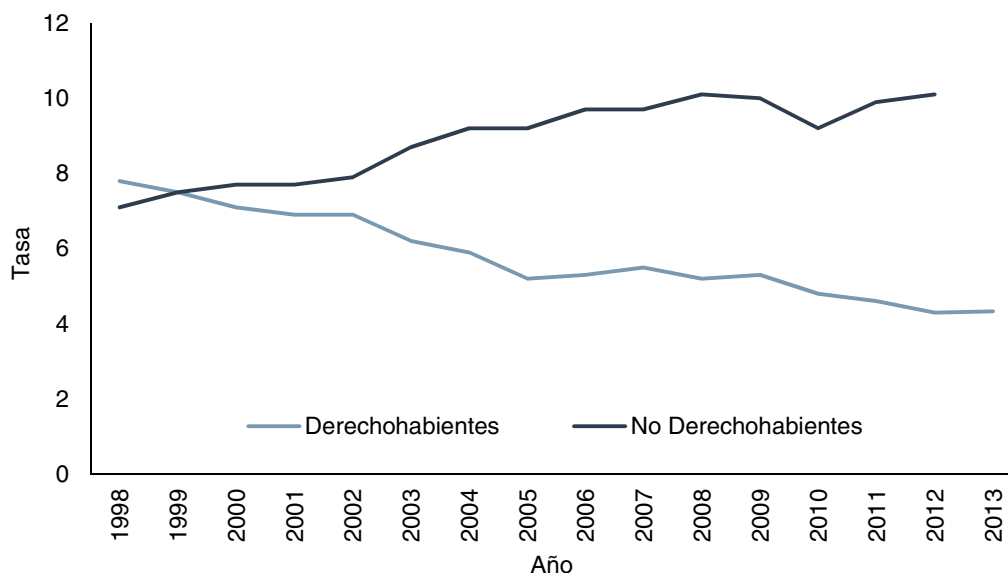
Aunque es difícil separar los efectos de las acciones preventivas de la mejora en la atención médica, es de suponer que las causas de este descenso en la mortalidad de la población derechohabiente del IMSS son semejantes a las causas reportadas en los Estados

Gráfica V.14.
Correlación entre cobertura de detección y mortalidad por cáncer cérvico-uterino, IMSS, 2004-2013



Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Geografía, Dirección de Prestaciones Médicas, IMSS.

Gráfica V.15.
Tendencias de mortalidad^{1/} por SIDA, en derechohabientes
y no derechohabientes del IMSS, 1998-2013^{2/}



^{1/} Tasas por 100,000 de 20 años y más, ajustadas por grupo de edad y sexo con población mundial estándar.

^{2/} Para la tasa en derechohabientes en el año 2013, se estimó con base en la variación porcentual entre 2012 y 2013 de la mortalidad hospitalaria IMSS.

Fuente: Consejo Nacional de Población, Instituto Nacional de Estadística y Geografía; IMSS.

Unidos y en algunos países europeos desde la década de 1990. Se ha reportado que en estos países tanto las medidas preventivas como las mejoras en la atención médico-quirúrgica han contribuido casi en la misma magnitud. Un estudio en Estados Unidos¹⁰⁹ mostró que la reducción en la mortalidad por enfermedad coronaria de 542 a 266 muertes por 100,000 habitantes de 1980 a 2000 se atribuye en 46 por ciento a la mejora en el tratamiento médico y quirúrgico de la enfermedad, y que 44 por ciento puede atribuirse a cambios en los factores de riesgo, tales como reducciones en colesterol, presión arterial y tabaquismo, así como a mejora en la actividad física.

Aunque estos resultados son muy buenas noticias, los impactos en la mortalidad son todavía insuficientes. Existen oportunidades en la gestión del cuidado de los enfermos crónicos que pueden mejorar la eficiencia en el proceso de detección y control de los pacientes, sin incrementar de manera importante los costos de atención.

La detección, diagnóstico y control de diabéticos sirve para ilustrar estas oportunidades de mejora. Los principales problemas se relacionan con el seguimiento de los pacientes. Los servicios preventivos atendidos por Enfermería realizan anualmente un gran número de pruebas de detección de diabetes en sangre capilar a derechohabientes aparentemente sanos

¹⁰⁹ Referencia: Ford E, Ajani UA, Croft JB, *et al.* Explaining the Decrease in US Deaths from Coronary Disease, 1980-2000. *New England Journal of Medicine*, 2007; 356:2388-98.

(2.4 millones en 2013) sin que se garantice la confirmación del diagnóstico a los pacientes con resultados de sospecha de diabetes (376 mil casos sospechosos en 2013). Después de la atención en los servicios preventivos, la mayor parte de estos pacientes ya no acude a confirmar su diagnóstico con el médico familiar; el problema es que si estos pacientes son efectivamente diabéticos, la falta de diagnóstico retarda el tratamiento, por lo que la enfermedad puede progresar y tener complicaciones irreversibles.

Un problema adicional es el control metabólico de los pacientes con diagnóstico confirmado. De los 3.3 millones de pacientes conocidos como diabéticos incluidos en un listado de casos acumulados hasta 2013, 19 por ciento no acudió a ninguna cita de control médico en el último año. Esta falta de adherencia a la atención médica provoca que las cifras de control se encuentren por debajo de los estándares recomendados¹¹⁰.

La mejora en la atención de los enfermos crónicos no sólo es un fin por sí mismo, pues mejora la calidad de vida de los pacientes y evita complicaciones, sino que también puede liberar consultas asistenciales al disminuir la necesidad de consultas cada mes. En 2014, además de la actualización de los médicos y enfermeras en el tratamiento de este tipo de pacientes, como se menciona en el apartado V.6, el nuevo modelo de atención incrementará la participación de la(el) enfermera(o) en el seguimiento de los pacientes para reforzar la adherencia terapéutica, promover el autocuidado y fomentar su corresponsabilidad. El proceso de detección y confirmación diagnóstica se modificará de tal manera que Enfermería tendrá la capacidad de hacer uso de los servicios de laboratorio en el proceso de confirmación para presentar al médico familiar los casos bien documentados. De esta manera, se hará más eficiente el proceso de detección

y diagnóstico, con lo que se disminuirán dos de tres consultas al médico familiar de los pacientes de diagnóstico reciente.

V.6. Educación e investigación como estrategias de mejora de la calidad de los servicios médicos

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 a través del fortalecimiento de estas áreas al interior del Instituto.

Capacitación

La capacitación es un mecanismo, a través del cual se procura la actualización y el desarrollo de las competencias con base en los avances científicos y tecnológicos, lo que promueve y facilita que médicos, enfermeras(os) y demás personal de salud se mantengan al día ante los avances del conocimiento, principalmente en los motivos de consulta y egresos hospitalarios ya mencionados en el capítulo.

Con el objetivo de mejorar la eficiencia y la capacidad resolutoria del personal, en 2013 se realizaron 3.5 mil cursos con la asistencia de 22.8 mil trabajadores del área de la salud. Estos logros representan un incremento de 11.3 por ciento en el total de cursos, con respecto a lo realizado en el ejercicio 2012. Aunque estos cursos se realizaron en muy diversos tópicos, el enfoque primordial estuvo en los problemas prioritarios presentados con anterioridad. Además de estos cursos presenciales se ha venido impulsando la capacitación a distancia en salud mediante tecnologías de informática y comunicación, que permitan instrumentar programas estratégicos también de gran trascendencia.

¹¹⁰ Perez-Cuevas, *et al.* Evaluating Quality of Care for Patients with Type 2 Diabetes Using Electronic Health Record Information in Mexico. BMC Medical Informatics and Decision Making, 2012, 12:50.

A fin de continuar con 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, con el claro objetivo de mantener el establecimiento de convenios internacionales en temas prioritarios para el Instituto.

Formación de recursos humanos

La formación del personal de salud se vuelve indispensable para que el Instituto satisfaga de forma adecuada y eficiente la demanda de servicios. Asimismo, es fundamental en el fortalecimiento del modelo de atención médica, de acuerdo con las necesidades de la población derechohabiente y de la nueva organización operativa. Por ello, la preparación de nuevos médicos especialistas que atiendan la creciente demanda de pacientes con enfermedades crónico-degenerativas, derivadas de los cambios demográficos y epidemiológicos explicados en apartados anteriores, debe ser congruente con los cambios operativos que se realicen en el modelo de atención médica. De esta manera, se está impulsando la formación de médicos en las especialidades de mayor demanda y menor cobertura. En la organización y distribución de los cursos se han tomado en cuenta además otros factores, como las jubilaciones que se esperan en los próximos años y las deficiencias que existen, ya en estos momentos, como las de Nefrología y algunas subespecialidades pediátricas, entre otras.

La participación en la creación de nuevos médicos especialistas ha distinguido al IMSS como la institución de salud líder en el país. Durante 2013, el Instituto contaba con 12.5 mil médicos en formación en 72 diferentes especialidades, cifra superior a los 12.1 mil médicos registrados en 2012. Para el ciclo académico 2014-2015, se incrementó, al contar con 12.6 mil médicos en formación. De

estos, 4.3 mil cursan especialidades orientadas al primer nivel de atención, como son: Medicina Familiar, Epidemiología y Medicina del Trabajo, lo que representa 34 por ciento del total. Para atender con mayor calidad, eficiencia y calidez los servicios de Urgencias, 9 por ciento de los médicos se prepara en esta especialidad (gráfica V.16).

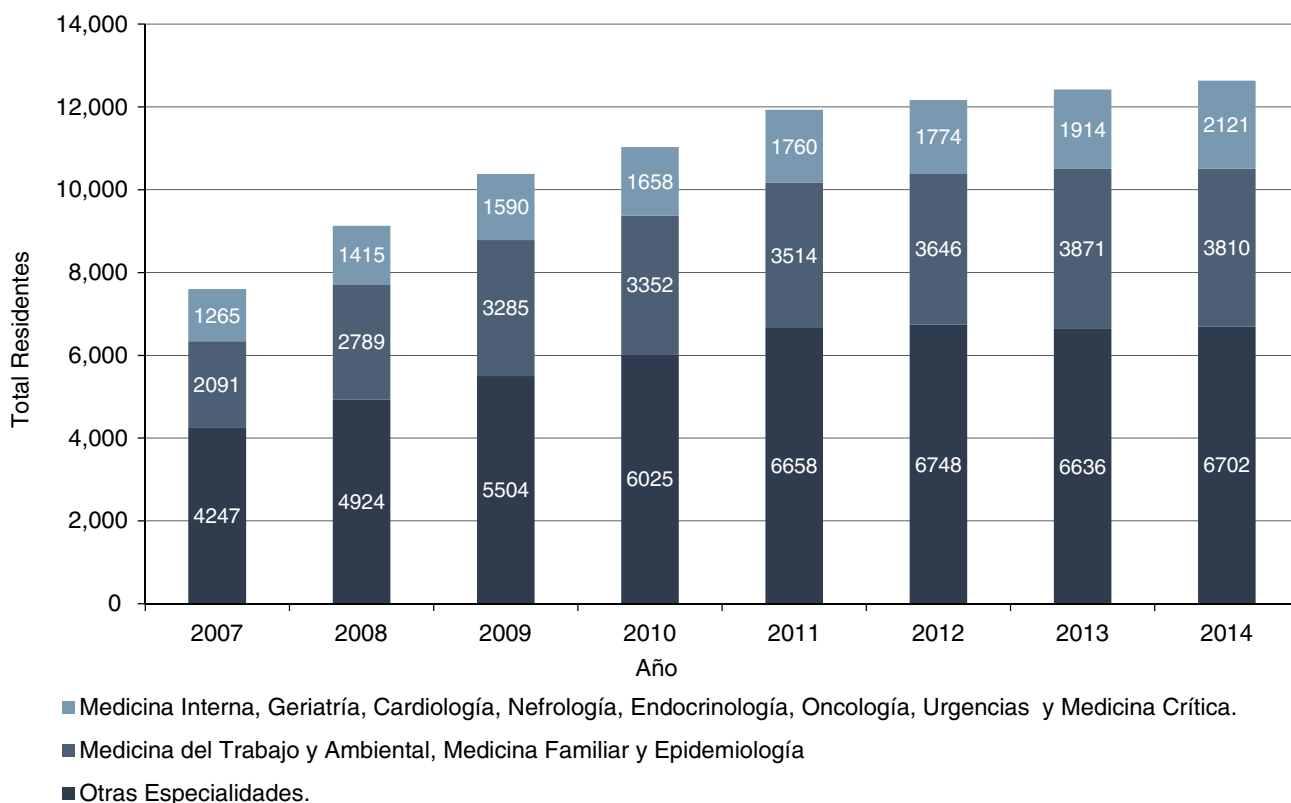
A fin de enfrentar la prevalencia de enfermedades crónico-degenerativas como cáncer, diabetes e hipertensión arterial, así como sus complicaciones, 16.4 por ciento de los médicos en formación se prepara en especialidades encaminadas específicamente a atender estos problemas. Esto resalta la importancia que reviste para el Instituto la creación de médicos especialistas orientados a la atención de los problemas prioritarios.

Como ha quedado claro, uno de los principales objetivos de la atención médica es que ésta sea segura y de calidad, y es precisamente con este propósito en mente que se contempla la creación de más centros de simulación médico-quirúrgica en el país en los próximos 5 años, con la finalidad de que los residentes puedan practicar y simular diversos procedimientos diagnósticos y terapéuticos antes de realizarlos en los enfermos.

Investigación

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. Por ello, se considera importante incrementar la producción científica, al favorecer la formación de investigadores en diversos campos y fomentar el desarrollo de proyectos de investigación, principalmente los relacionados con temas prioritarios de atención médica.

Gráfica V.16.
Evolución del número de alumnos en los cursos de posgrado en el IMSS



Fuente: Dirección de Prestaciones Médicas, IMSS.

Para lograr este objetivo, en los últimos años se han graduado un promedio anual de 75 maestros y 25 doctores, cifra que se espera incrementar en los próximos años como consecuencia del “Programa de Fomento a la Investigación Clínica” que se encuentra en curso. El Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACyT), a través del Sistema Nacional de Investigadores, reconoce la labor de los investigadores del país mediante el nombramiento de Investigador Nacional, que se otorga de acuerdo con el desempeño, tanto por la producción científica como por la formación de recursos humanos. En 2013, entre los 250 investigadores de tiempo completo del IMSS, 207 (83 por ciento) tuvieron reconocimiento vigente del Sistema Nacional de Investigadores, con 21 ingresos y 14 promociones en los diferentes niveles, lo que constituye uno de los porcentajes de pertenencia más

altos en el Sector Salud. Entre los años 2008 y 2013, 68 por ciento de la producción científica del Instituto se ha publicado en revistas indizadas y con factor de impacto, lo que se otorga de acuerdo con el número de citas bibliográficas que obtienen los artículos que han sido publicados por investigadores del IMSS y que principalmente son sobre enfermedades crónico-degenerativas, padecimientos de mayor frecuencia entre los derechohabientes.

Existía entre los investigadores mencionados un rezago entre la categoría contractual y la de evaluación curricular; para solucionarlo, se autorizó la homologación en un primer grupo de 27 investigadores, cuya diferencia entre una y otra era de tres o más categorías. Actualmente se encuentra en trámite la homologación de un segundo grupo de 35 investigadores.

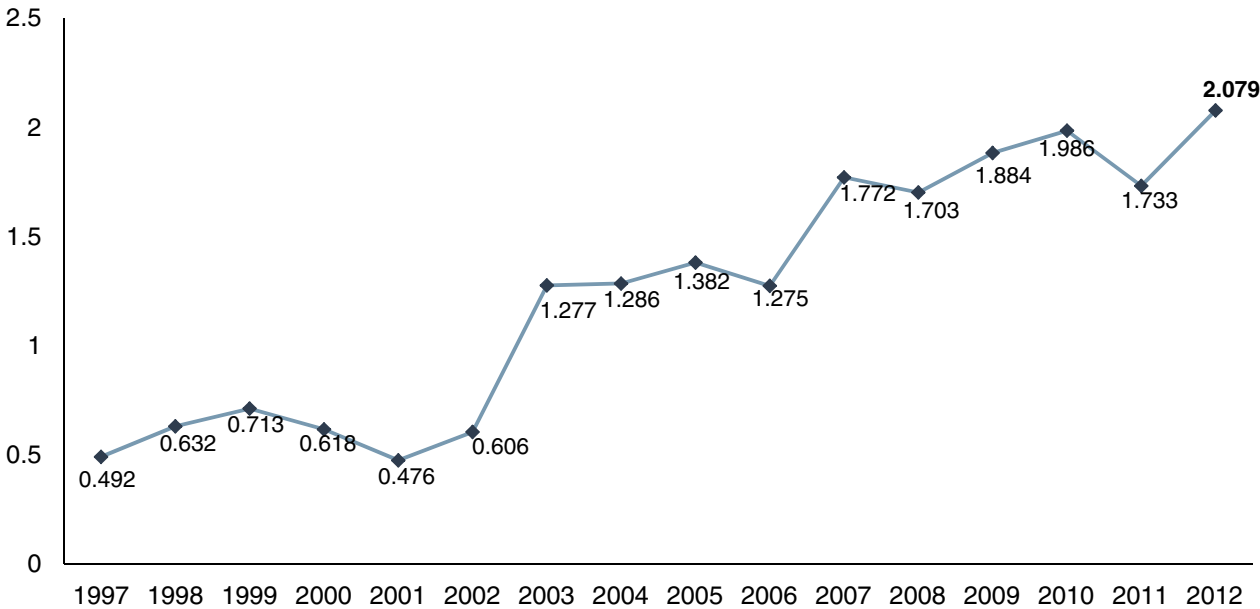
La investigación no sólo produce conocimiento, sino también invenciones o descubrimientos que obtienen un registro de patente, lo que refleja la capacidad de obtener avances tecnológicos, con impacto potencial en la población derechohabiente y en las finanzas institucionales. En fecha reciente, el Instituto creó la División de Gestión Tecnológica e Innovación, lo que permitió que en los últimos 5 años se obtuvieran 16 registros de títulos de patente. En el 2013 se efectuaron 3 solicitudes nuevas, que se encuentran en proceso de dictaminación, y actualmente se está realizando un análisis jurídico-administrativo para alcanzar la comercialización de las patentes.

El IMSS edita la revista *Archives of Medical Research*, que es la revista biomédica más importante de Latinoamérica debido al elevado factor de impacto (2.1), el cual se ha venido incrementando de manera constante en los últimos años. Por primera vez en la historia de las revistas latinoamericanas, una de ellas supera el 2 de factor de impacto (gráfica V.17).

El aumento de los ingresos es uno de los objetivos principales del Instituto, y es por ello que en los próximos meses se continuará el fortalecimiento de 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, ya que hoy día se requiere de aprobación tanto de la Comisión Nacional de Investigación como de la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios.

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

Gráfica V.17.
Evolución del factor de impacto de *Archives of Medical Research*



Fuente: Thomson Reuters. Journal Citation Reports, 2013.

V.7. Reforma del Sistema Nacional de Salud

El Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018, en el eje México Incluyente, plantea como uno de sus principales objetivos avanzar en la construcción de un Sistema Nacional de Salud Universal, como se aborda con mayor detalle en el Capítulo XII. El Plan Nacional de Desarrollo establece garantizar a todos los mexicanos el acceso efectivo y oportuno a servicios de salud de calidad, así como una adecuada protección financiera, con independencia de su condición social o laboral; para ello, se requiere fortalecer la rectoría de la autoridad sanitaria y desarrollar los instrumentos necesarios que aseguren una integración funcional y efectiva de las distintas instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud.

En este marco, el IMSS, que es el mayor proveedor de servicios de salud en el país, comparte la convicción de consolidar el Sistema Nacional de Salud Universal, a fin de asegurar la plena observancia de estos objetivos, y es por esto que se proyecta un modelo que lo garantice, mediante el establecimiento de protocolos estandarizados e instrumentos que permitan vigilar su debido cumplimiento. En este sentido, se propone fortalecer el intercambio de servicios entre las instituciones públicas de salud, con lo que será posible aprovechar la capacidad instalada entre ellas y utilizar de manera eficiente los recursos humanos y de infraestructura.

Intercambio de servicios

No obstante la complejidad y magnitud de los objetivos planteados, se cuenta con las herramientas legales y de referencia para operar el intercambio de servicios a nivel interinstitucional. La Ley del Seguro Social permite celebrar convenios de cooperación e intercambio en materia de servicios de salud y prestarlos a quienes no sean sus derechohabientes, a fin de que el Instituto

utilice su capacidad instalada y coadyuve a financiar su operación y mantenimiento, sin detrimento de la calidad y calidez que brinda a sus asegurados y beneficiarios.

En este contexto, se cuenta con el Convenio General de Colaboración Interinstitucional para la Atención de la Emergencia Obstétrica, cuyos resultados se exponen en la sección V.4.4, y el Acuerdo General de Colaboración para el Intercambio de Servicios. Este Acuerdo, suscrito el 12 de mayo de 2011 entre la Secretaría de Salud, el IMSS, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), así como diferentes instituciones y organismos públicos descentralizados del Sistema Nacional de Salud, establece los lineamientos generales para formalizar los compromisos de prestación médica entre las instituciones, lo cual se realiza con base en un catálogo que contempla 845 intervenciones homologadas con tarifas máximas de referencia para establecer los mecanismos y garantías de pago.

Entre los principales avances en la instrumentación del Acuerdo General se encuentra la suscripción, en junio de 2012, del Convenio Específico de Intercambio de Servicios en Baja California Sur entre el IMSS, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado y la Secretaría de Salud estatal. Como resultado, el Instituto refirió a 454 pacientes a otras instituciones, las cuales atendieron 2,359 eventos.

Asimismo, este Convenio permitió detectar áreas que generan ahorros al Instituto. Se ha observado un ahorro aproximado de 50 por ciento al pasar de la subrogación de servicios privados al intercambio entre instituciones públicas. Por ejemplo, en estudios de resonancia magnética y tomografías, dos de las intervenciones más intercambiadas, se observaron reducciones de entre 15 y 60 por ciento en los

precios unitarios respecto a la subrogación privada. Adicionalmente, se observaron importantes beneficios para el derechohabiente, al recibir atención médica inmediata en su lugar de residencia, evitando traslados a otras entidades, lo que a su vez implica erogaciones en materia de transporte y viáticos.

Por otro lado, de acuerdo con lo expuesto en el Capítulo VIII, se han suscrito convenios específicos de coordinación interinstitucional con los gobiernos de Chiapas y Oaxaca, mediante los cuales las unidades médicas del Programa IMSS-Oportunidades otorgan servicios de salud de primer y segundo niveles a las familias beneficiarias del Seguro Popular.

Al analizar estos resultados, destaca la necesidad de impulsar la celebración de este tipo de convenios a nivel nacional y ampliar la cartera de servicios, adicionando nuevas intervenciones a intercambiar. De esta forma, el Instituto fortalece su capacidad de atención y contribuye a la integración del Sistema Nacional de Salud.